

Le burn-out à l'hôpital

*Le syndrome d'épuisement
professionnel des soignants*

5^e édition

Pierre Canouï
Aline Mauranges

*Avec la participation
d'Anne Florentin*

*Préface de
Martin Hirsch*



Chez le même éditeur

Être un soignant heureux, C. Carillo, 2^e édition, 2015, 216 pages.

L'infirmier face à la détresse spirituelle du patient, R.-E. Migliorino, 2014, 120 pages.

Fiches de soins infirmiers, P. Hallouët, J. Eggers, E. Malaquin-Pavan, 4^e édition, 2012, 832 pages.

Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Langage et pratique, A. Pascal, É. Frécon Valentin, 5^e édition, 2011, 784 pages.

Guide pratique de l'infirmière, G. Perlemuter, L. Perlemute, 3^e édition, 2011, 1776 pages.

Psychologie clinique en soins infirmiers, S. Rézette, 2011, 184 pages.

Dictionnaire médical de l'infirmière : encyclopédie pratique, J. Quevauvilliers, L. Perlemuter, G. Perlemuter, 8^e édition, 2009, 1 224 pages.

Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits, C. Curchod, 2009, 224 pages.

Quand les soignants témoignent, P. Gaurier, 2009, 216 pages.

Infirmier en milieu carcéral, R.-E. Migliorino, 2009, 88 pages.

Organiser les services de soins. Le management par la qualité, M. Ballé, M.-N. Champion-Daviller. Collection Encadrer à l'hôpital. 2004, 232 pages.

Management hospitalier. Un nouvel exercice du pouvoir, J.-L. Muller, M.-F. Minnaert. Collection Encadrer à l'hôpital. 2^e édition, 2004, 160 pages.

La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante. W. Hesbeen. 2^e édition, 2002, 208 pages.

Mieux se connaître pour mieux soigner. Une approche du développement personnel en soins infirmiers, D. Rispaïl, 2002, 160 pages.

Le burn-out à l'hôpital

Le syndrome d'épuisement
professionnel des soignants

Pierre Canouï

Aline Mauranges

Avec la participation d'Anne Florentin

Préface de Martin Hirsch

5^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74586-7

e-ISBN : 978-2-294-74699-4

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux CEDEX
www.elsevier-masson.fr

Les auteurs

Pierre Canoui est médecin coordonnateur, coordination des soins de support, psychiatre, psychothérapeute, docteur en éthique médicale et biologique, praticien hospitalier à l'hôpital Necker-Enfants malades à Paris.

Aline Mauranges est psychologue clinicienne hospitalière, psychovictimologue et hypnothérapeute à l'hôpital Tenon à Paris.

Anne Florentin est médecin du travail à l'hôpital Robert-Debré, diplômée en victimologie et en psycho-dynamique du travail.

Avec la collaboration de Michel Bilis concernant les « réponses des directions hospitalières » au chapitre 10, et Nicole Jacquemin pour « les témoignages des infirmières qui brûlent » in « Réflexion sur des expériences de vie » au chapitre 11.

Préface

à la cinquième édition

Ma première prise de parole publique, peu après ma nomination comme directeur général de l'AP-HP, a consisté à dire qu'« un personnel en souffrance ne peut pas correctement répondre à la souffrance des patients dont il a la charge ».

Ce n'était pas une phrase dite au hasard. Elle n'a pas été prononcée par démagogie, ni par légèreté. Elle traduisait une conviction profonde, la conviction qu'il y avait une souffrance et qu'il était prioritaire et difficile d'y apporter des réponses.

Quelques temps auparavant, j'avais reçu, alors que je n'exerçais pas encore de responsabilité à l'AP-HP, un appel de détresse d'une oncologue qui s'était occupée avec beaucoup d'humanité des dernières semaines de ma mère. Nous avons tous été frappés par son écoute, sa compétence, son implication et nous la voyions comme l'« oncologue idéale », capable d'écoute, d'explication, de conviction, faisant approuver les décisions médicales avant de les appliquer, inspirant une pleine confiance. Qu'elle ne fut la surprise de la recevoir, un an après, pour qu'elle m'explique qu'elle n'en pouvait plus, qu'elle avait trop pris sur elle, qu'elle se sentait seule et qu'elle venait de donner sa démission. Nos conversations m'ont permis d'entrapercevoir que les difficultés professionnelles qu'elle ne pouvait plus supporter se combinaient avec des difficultés d'ordre personnel, particulièrement complexes, sans qu'il m'appartienne de savoir si les unes avaient provoqué les autres, mais je compris rapidement que les unes et les autres étaient devenues liées de manière inextricable. Je me suis contenté de lui donner quelques conseils de reconversion et quelques contacts et de lui exprimer à nouveau ma reconnaissance pour la manière dont elle avait pris en charge ma mère.

Il s'agissait d'un burn-out, comme en subissent toutes les catégories de professionnels, qu'ils exercent ou non des responsabilités, expression poussée d'une souffrance mal prise en charge, mal reconnue.

Ceux qui exercent à l'hôpital sont plus exposés pour trois raisons principales : ils doivent prendre en charge la souffrance des patients et prendre sur eux-mêmes pour y apporter des réponses ; il est plus difficile de parler de ses propres souffrances lorsqu'on est censé faire rempart à celles des autres ; les organisations hospitalières tendues ne permettent pas de bien prendre en compte les faiblesses de manière suffisamment précoce.

J'ai donc naturellement accepté de préfacier cet ouvrage qui aborde de front ces questions en analysant de manière rigoureuse ce dont il s'agit,

sans tomber dans la facilité, qui explicite les causes de ces phénomènes et qui explique les réponses que l'on pourrait y apporter.

Je suis sûr que cet ouvrage peut nous être utile et que nous avons des progrès considérables à faire.

Nous savons que nos organisations ne sont pas satisfaisantes et sont sources de souffrance au travail. Nous craignons que des changements d'organisation n'apportent pas les réponses à ces sujets difficiles et certains pensent qu'elles risquent d'accroître les difficultés.

Au-delà des questions matérielles d'organisation du travail, il y a une question centrale : notre capacité à « reconnaître » : reconnaître la valeur du travail, reconnaître les souffrances, reconnaître la contribution de chacun et l'intérêt de réponses collectives, reconnaître aussi que nous avons des contraintes collectives qu'il est inutile de nier. La « reconnaissance » est la première condition d'une stratégie de prévention du burn-out.

C'est pourquoi, j'ai plaisir à reconnaître la valeur de cet ouvrage, l'importance du sujet qu'il traite et l'aide qu'il peut nous y apporter. J'espère que l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris trouvera en elle-même les voies pour apporter des réponses à la hauteur des enjeux. C'est, à mes yeux, un combat essentiel.

Martin Hirsch
Directeur général de l'AP-HP

Préfaces des précédentes éditions

Lorsque les maux de l'hôpital font la une des journaux, ils reflètent une approche le plus souvent partielle et critique de la réalité hospitalière : manque de moyens face à une exigence de sécurité et de qualité de soins toujours accrue, judiciarisation des erreurs et des échecs, mettant en cause les responsabilités individuelles, réformes multiples s'enchaînant à un rythme accéléré pour tenter de redonner gouvernance et maîtrise à un système emballé... Ici et là, quelques articles sur une prouesse médicale ou le parcours personnel d'un malade apportent une note plus positive, mais le panorama d'ensemble reste troublé et l'équilibre menacé. Ces éléments donnent une image déformée de l'hôpital alors même que celui-ci constitue à ce jour l'une des plus belles constructions sociales françaises : toutes les enquêtes et évaluations comparatives le montrent, l'hôpital est le service public préféré des Français, il est réactif, ouvert à tous, il délivre jour et nuit des soins à un niveau de qualité reconnu comme exemplaire.

Ce dont les médias ne parlent pas, ou si peu, c'est d'une réalité moins connue mais pourtant de plus en plus présente dans le quotidien des équipes hospitalières, celle de la charge psychique et du risque d'épuisement des professionnels. Ce risque concerne tous les métiers confrontés à des choix en conscience par rapport à l'humain. Il peut donc toucher l'ensemble des soignants mais aussi par exemple les secrétaires médicales, les cadres administratifs ou techniques de l'hôpital qui doivent faire face à des exigences de plus en plus nombreuses et complexes et ont, selon leur personnalité, une inégale résistance au stress.

Or ce qui fait l'hôpital, sa force, sa compétence, la pertinence de son offre de soins, ses projets et sa dynamique, ce sont les hospitaliers.

C'est pourquoi, quand le docteur Pierre Canoui m'a demandé de préfacier ce livre j'ai accepté sans hésitation tant ce sujet du burn-out me paraît majeur pour l'avenir de l'hôpital. Pour que la bientraitance ne devienne pas progressivement un concept théorique frustrant alors qu'elle est au cœur de l'engagement des hospitaliers et doit demeurer une réalité valorisée et perceptible partout, par les soignés comme par les soignants.

Sujet longtemps méconnu ou tabou, le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas l'aveu d'une faiblesse mais la reconnaissance de la vulnérabilité de l'humain, tant dans l'usure quotidienne que dans les situations de l'extrême. Cette 4^e édition développe la question du burn-out des médecins avec des données chiffrées qui doivent interpeller fortement opinion

publique et décideurs. Elle apporte un éclairage tout à fait novateur et instructif sur la violence, l'indifférence et l'agressivité dans les relations interpersonnelles ou vis-à-vis de l'institution. Elle interroge nos choix de société quant au sens et à la reconnaissance des structures de soins et des métiers du soin dans un monde où la médecine, en devenant de plus en plus scientifique et efficace, rend encore moins tolérables la maladie et la mort.

L'hôpital d'aujourd'hui est un lieu qui exige un très haut niveau de technicité et de vigilance et ne cesse de repousser les limites du possible. Il doit apprendre collectivement à le faire avec autant d'intelligence et de compétence dans le domaine de l'organisation, de l'humain, du relationnel et de l'éthique que dans celui de la science et de la technique.

Savoir écouter, respecter la parole et l'identité de chacun au sein de l'équipe soignante, ménager des temps collectifs pour l'échange et l'élaboration des projets concertés, développer l'entraide dans les difficultés et la solidarité dans la prise de responsabilité, mettre des mots sur les risques d'erreurs, les échecs, les dysfonctionnements, reconnaître les limites de ce qui est possible au regard des ressources disponibles, tout en posant les exigences et en donnant du sens à l'action commune, autant de compétences collectives à développer dans l'institution hospitalière.

La prévention individuelle du burn-out s'inscrit dans cette politique d'ensemble. La prise de conscience et la mobilisation de chaque soignant dans sa démarche personnelle de prévention sont nécessaires. Seul celui qui prend bien soin de lui-même peut prendre bien soin des autres. Cet engagement bénéficie de l'appui coordonné des médecins du travail, des psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des responsables de ressources humaines, et de tous les professionnels de la santé au travail.

Ce livre porte un regard renouvelé sur le burn-out des professionnels de santé. Il sera pour chacun une source majeure d'informations fiables et pertinentes, de propositions concrètes et construites et mérite d'être lu, discuté, enrichi dans chaque équipe.

Isabelle Lesage

Directrice de l'hôpital Necker-Enfants malades

Je remercie beaucoup P. Canoui et A. Mauranges de m'avoir demandé de préfacer ce livre.

Ils m'ont appris à connaître et à reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

Dans un langage clair et accessible à tous, cet ouvrage permet de mieux appréhender ce concept, de ne pas le confondre avec une dépression, des troubles psychiques ou comportementaux. Il met l'accent sur le rôle fondamental de la perte de relation à l'autre, sur les difficultés d'écoute, le cloisonnement, l'isolement.

Les systèmes d'évaluation devraient être relus régulièrement par tous les cadres hospitaliers : les plus petits symptômes du burn-out leur seraient alors perceptibles chez eux ou autour d'eux et leur esprit en éveil pourrait alors essayer de trouver le petit changement d'attitude, d'horaire ou tout simplement de relation humaine qui permettrait d'éviter son développement.

Les réponses qu'ils donnent pour éviter le syndrome d'épuisement professionnel sont souvent d'ordre général ; elles n'éviteront pas la confrontation à la souffrance, à la mort, à l'incompréhension, mais elles permettront à chacun dans son environnement de découvrir ce qui peut être fait.

Des témoignages d'un directeur d'hôpital, d'un médecin du travail, d'une formatrice, d'une psychologue et d'une kinésithérapeute permettront de voir que tout le personnel hospitalier comme toutes les professions « d'aide » sont confrontés à ce problème et que des solutions ou des approches différentes sont possibles.

J'ai beaucoup apprécié l'extension aux familles des enfants handicapés ou des malades dépendants, jeunes et vieux, qui peuvent aussi être soumis à ce syndrome, ce qui entraîne *ipso facto* des relations difficiles autour d'eux.

Je ne saurais trop recommander la lecture et la relecture de cet ouvrage que tous les cadres hospitaliers devraient pouvoir consulter.

Annie Barois

Professeur, médecin consultant
Hôpital Raymond-Poincaré, Garches

Depuis plusieurs années, des soignants, médecins, infirmier(e)s, psychologues, préoccupés par le retentissement psychique et humain de la réanimation auprès des patients et de leurs familles ont décidé de travailler en commun au sein d'un groupe « Réanimation et Psychologie ». Ils se sont ainsi penchés sur les problèmes psychologiques que la réanimation peut induire sur des sujets supposés normaux à l'origine. Tout naturellement, ils se sont intéressés aussi aux soignants qui entourent les malades et vivent des stress de haut niveau.

Ce livre est l'aboutissement de cette longue réflexion. Son but est clair :

- il définit et limite le syndrome afin de ne pas le considérer comme une espèce de fourre-tout facile ;
- il dégage les outils qui permettent de l'appréhender ;
- il fait comprendre à celui qui peut en souffrir qu'il n'est pas devenu fou, qu'il n'est pas le seul, qu'il peut s'en tirer ;
- il permet de dégager des stratégies afin d'éviter ce syndrome.

Les auteurs de ce livre ont voulu, non seulement faire une analyse claire du syndrome d'épuisement professionnel des soignants, mais encore par une approche clinique et réaliste, proposer des solutions et ouvrir le débat sur un sujet d'actualité.

Je crois qu'ils y ont réussi.

Michel Cloup

Professeur, hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Introduction

« Je ne connais qu'une seule personne intelligente, c'est mon tailleur. J'ai beau lui dire que je n'ai pas changé, il reprend à chaque fois mes mesures pour que le costume m'aille. »

George Bernard Shaw (1856-1950)

Ce livre est initialement né d'un constat de la souffrance des soignants et de l'observation du comportement dysharmonieux voire inadapté de certains professionnels, mais aussi des tentatives de suicide et des suicides survenus sur des lieux de travail. Les suicides de personnel soignant hospitalier, de policiers mais aussi de professionnels de nombreux secteurs d'activité ont bouleversé l'opinion publique et les corps professionnels. Peut-on penser qu'il y ait un lien entre ces drames humains ? Sont-ils l'émergence d'un problème analogue ? Le point commun à ces catégories professionnelles serait-il un désaveu des conditions de travail et du pôle relationnel de leur activité ?

La rencontre avec le *burnout syndrome* (burn-out, BOS), ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS), venu d'outre-Atlantique, nous a intéressés au point de lancer une enquête approfondie au sein de la réanimation pédiatrique : malaise professionnel intemporel ou actuel, crise au sein de certains corps de métiers ou phénomène social, cet état de fait nous a poussés à tenter de cerner le problème et d'en rechercher des réponses possibles.

Depuis la première publication de cet ouvrage, le phénomène « burn-out » est devenu tellement populaire que le terme est rentré dans le langage courant — après quelques hésitations (burnout, burn out), l'orthographe française avec un tiret s'est imposée.

Ce syndrome n'entrant dans aucune catégorie diagnostique connue, mérite-t-il d'être isolé ? L'absence de repères classiques fait appel à des idées nouvelles et soulève l'hypothèse d'un concept neuf qui va de pair avec une évolution sociale et une problématique existentielle propres à notre époque.

Le *burnout syndrome*, ou syndrome d'épuisement professionnel, n'est sûrement pas le (triste) privilège des soignants. Toutes les catégories socioprofessionnelles vivent actuellement une tension au sein de leur milieu professionnel. Les difficultés économiques, l'insécurité, l'instabilité de l'emploi et le chômage, ainsi que tous les autres facteurs sociopolitiques conjoncturels, étayent ce phénomène.

Néanmoins, le syndrome d'épuisement que nous allons décrire possède également des caractéristiques liées à la fonction. L'importance du phénomène va parfois jusqu'à prendre l'allure d'une « épidémie » dans certains corps de métier.

Ceci nous a amenés à identifier un syndrome particulier qui semblait se développer sur un terrain propice, à en repérer les facteurs responsables (conditions de travail, personnalité du sujet) et à proposer des idées de prévention.

Si le burn-out s'intègre dans les études sur la psychopathologie du travail et dans « *l'usure mentale au travail* » (Ch. Dejours) dans laquelle la notion de stress occupe une place centrale, il semble avoir aussi des caractéristiques particulières qui englobent et dépassent le stress.

Né d'une interrogation sur la souffrance au travail, le SEPS prend dans le champ de la santé un épanouissement particulier et inquiétant. Comment une société peut-elle tolérer que ceux auxquels elle confie sa santé et souvent sa mort s'épuisent tant en donnant aux autres ?

Ce livre se voudrait un outil de travail pour les professionnels de santé qui souhaiteraient aborder le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, dépasser la simple réflexion jusqu'à prendre des relais sur le terrain pour faire en sorte que la prévention de l'épuisement professionnel ne soit pas une mission impossible.

Historique : naissance et émergence du concept de burn-out

« Un terme créé par des soignants, pour des soignants... »

L'histoire de la naissance du burn-out est brève mais mérite d'être rapportée. Elle permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique.

Il serait injuste de se contenter de faire remonter la notion d'épuisement professionnel à la décennie soixante-dix aux États-Unis. On retrouve en effet, en France notamment, des précurseurs qui, sous des descriptions variées mais assez proches, vont envisager la fatigue au travail : surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoin), états d'épuisement (Veil).

Claude Veil écrit dans le Concours Médical, sous le titre « *Primum non nocere*. Les états d'épuisement (au travail) », en 1959 : « (...) chargé d'une consultation de psychiatrie du travail (...). Le concept d'états d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel » pour comprendre et traiter « (...) des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». Plus loin encore : « L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives (...) ».

C'est en tant que problème social et non comme problème théorique que le terme « *burnout syndrome* » naît quasi simultanément sur les côtes Est et Ouest des États-Unis durant la décennie 70. L'ubiquité des lieux de naissance est révélatrice du fait que le problème « *était dans l'air* » comme l'écrit Wilmar Schaucheli.

Le burn-out était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme Herbert Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés.

Herbert Freudenberger intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste dans une *free clinic*. Les *free clinics* étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. En 1970, Herbert Freudenberger utilisera dans ses écrits le terme de « *burnout* » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes

de cette *free clinic*. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980 : « *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.* »

De nombreux auteurs en Amérique du Nord vont travailler sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première grande revue de la littérature parue en 1982 (Perlman et Hartman) ne comptait pas moins de quarante-huit définitions.

Vers 1975 à San Francisco, Christina Maslach avait elle aussi rencontré le terme « *burnout syndrome* » en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Devenu familier, on l'appliquait à des collègues ayant développé « *une attitude cynique, insensible et négative* » vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge. Pour une meilleure définition du terme, Ch. Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le *Maslach Burnout Inventory* (MBI, 1981). Présenté en annexe à la fin de cet ouvrage, le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des « relations d'aide ».

Pines, Aronson et Kafry (1981) élaborent aussi un instrument de mesure le *Burnout Measure* (BM), utilisé par de nombreux auteurs.

Nous verrons que les travaux de Ch. Maslach marquent d'un sceau particulier l'approche du burn-out. Ce sont eux qui permettent de développer au mieux une conception originale et surtout heuristique du concept.

Entre 1983 et 2013, si on se limite uniquement aux articles originaux, on trouve près de 4 000 occurrences consacrées au burn-out et au *karoshi* avec une nette accélération au début des années 2000 (figure 1.1). On constate également sur le graphique l'importance des études consacrées aux soignants.

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure (souvent le MBI). Ceci permet des comparaisons et des échanges entre les différents pays européens et dans le monde. Ce fait est suffisamment rare en sciences humaines pour être remarqué.

L'histoire montre comment le burn-out, issu d'observations empiriques, est apparu sous deux aspects complémentaires, « *en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique.* » (W. Schaufeli).

Si l'histoire raconte que dès son introduction le burn-out devint très populaire, il est clair que la communauté scientifique reçut — et reçoit encore en Europe — l'idée de manière extrêmement soupçonneuse. W. Schaufeli rapporte que les premiers textes adressés aux revues scientifiques furent retournés à leurs auteurs avec la mention : « (...) *nous ne publions pas de pop-psychology* ». Si le burn-out a été considéré sans réserve comme problème social et même de santé publique, il a été et reste encore mal admis en tant que modèle théorique.

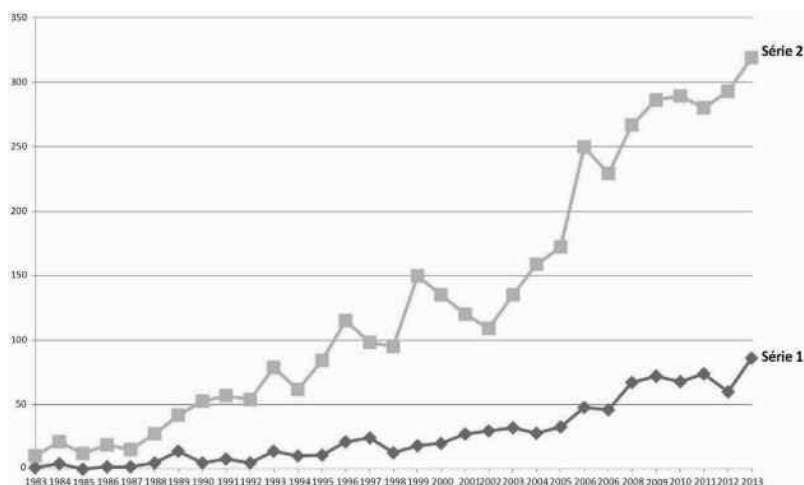


Figure 1.1. Évolution du nombre de publications sur le burn-out entre 1983 et 2013 (occurrences dans la base de données PubMed).

Séries 1 : Requêtes sur « burnout, professionnel » ou « karoshi death » chez les soignants (« caregivers ») ou infirmières (« nurse ») ou médecins (« physician ») ; uniquement les articles originaux.

Séries 2 : Mêmes requêtes mais sans les termes « caregivers », « nurse », « physician ».

(D'après une étude de Florence Canoui-Poitrine, MCU-PH, pôle Recherche clinique – Santé publique, hôpital Henri-Mondor, Créteil ; laboratoire d'Investigation Clinique : Épidémiologie clinique – Évaluation médico-économique LIC EA 4393, université Paris Est-Créteil, février 2015.)

Actuellement, on constate le même phénomène en France. Le terme est largement utilisé par les soignants de service à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, sida, réanimation, services d'urgence et médecine de catastrophe...) mais aussi par les bénévoles qui participent aux actions d'aide et d'accompagnement de malades au sein d'associations. Sur le plan scientifique, hormis quelques auteurs, les termes « burn-out », « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » sont encore considérés avec prudence voire méfiance tant dans les milieux psychiatriques que parmi des responsables en médecine du travail. Une des raisons réside peut-être dans la double origine du concept : il est d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et, d'autre part, de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.

Nous essayerons de voir pourquoi cette notion devenue si populaire en Amérique du Nord, jouissant d'un intérêt croissant en France et dans certains pays européens, objet de tant de travaux de par le monde, suscite tant de controverses et quelle peut être sa spécificité.

Définition du syndrome d'épuisement professionnel

Intérêt et enjeu d'une définition

La définition du concept d'épuisement professionnel pourrait paraître simple tant l'expression américaine et sa transcription française semblent claires. Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels. Mais un tel constat ne suffit pas à consacrer la spécificité du terme ni à lui conférer une valeur scientifique.

Éviter la confusion

Le risque de confusion peut être aussi grand que l'engouement médiatique qu'il soulève.

Il y a un risque à faire de l'épuisement professionnel un « fourre-tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes.

Il y a un risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses, paranoïaques qui prendraient le masque d'un burn-out et prétendraient n'être que cela — nous le discuterons plus loin.

Il y a un risque, en élargissant à l'extrême le champ de ce que le syndrome d'épuisement professionnel peut couvrir, à perdre l'intérêt d'une approche particulière et originale de certains aspects en psychopathologie du travail. Il est en particulier important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail.

Un enjeu économique

L'enjeu d'avoir une définition claire et cohérente du syndrome est d'autant plus grand que les très nombreuses enquêtes et études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent l'importance du phénomène au sein des professionnels de santé. À partir de ces données, on extrapole aisément l'incidence de l'état d'épuisement sur les soins eux-mêmes et les conséquences socio-économiques et financières importantes, même si actuellement ces dernières restent encore difficiles à évaluer. Le stress et ses conséquences représentent un enjeu économique considérable. Si l'on en croit les chiffres avancés par le Bureau international du travail, le montant s'élèverait à 200 milliards de dollars aux États-Unis.

L'examen de l'abondante littérature publiée sur le sujet permet d'aborder quelques réflexions sur les termes employés et le sens qu'ils suggèrent.

Les termes

Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome. Chacune lui imprime une tonalité différente.

Burnout syndrome

Le verbe *to burn out* a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *To burn out* peut signifier : « échouer », « s'user », « devenir épuisé » devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une « combustion totale », la « réduction en cendres » d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aéronautique qui demeure la plus suggestive. Le terme anglais *burnout* désigne « l'épuisement de carburant d'une fusée » avec comme résultante « la surchauffe » et le risque de « bris de la machine ».

Karoshi

Le terme japonais *karoshi* (prononcez kaloshi) signifie « mort par excès de travail », de *karo* « mort » et *shi* « fatigue au travail ».

La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant.

Avec le terme de *karoshi*, nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour davantage prendre en compte les conséquences — parfois mortelles — des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité. Ce terme est sans doute plus approprié de nos jours aux « cols blancs », alors que ce que nous décrivons ici est celui des « blouses blanches ».

Syndrome d'épuisement professionnel

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé *burnout*. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui s'est imposé en langue française. L'orthographe francisée de l'anglais *burnout* est « burn-out ».

Définition

De nombreux chercheurs se sont penchés sur le concept et ont abouti à le considérer comme un processus évolutif, complexe, insidieux dans son installation mais suffisamment particulier pour pouvoir le reconnaître.

En 1974, Herbert J. Freudenberger propose une première définition du burn-out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante : « *L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué.* »

D'autres auteurs suivront, insistant sur différents points. En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme « *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* ».

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur « *l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide* ».

Avec North, Freudenberger présente, en 1985, l'épuisement professionnel comme un processus évolutif. Cette notion importante sera développée par plusieurs auteurs : Cherniss (1981) décrit un processus stress-tension-stratégie d'« adaptation-détachement ». Edelwich et Brodsky (1980) le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation. Mais cette idée n'est pas partagée par tous les auteurs — Pines, en particulier —, qui définissent le SEPS comme un état.

On peut, avec D. Bérard et A. Duquette, retenir un certain nombre de points communs et de points divergents.

La dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique.

C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui comporte plusieurs composantes décrites par Maslach et Jackson : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation avec le client et/ou attitudes négatives envers les personnes aidées. Enfin, il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image de soi négative.

Des points de divergence persistent selon les auteurs. Certains considèrent plus l'épuisement professionnel comme un état que comme un processus. Dans cet ouvrage, nos réflexions et notre expérience clinique nous conduisent à définir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus dynamique.

Il nous a été souvent demandé en quoi le syndrome affectait plus particulièrement les professions d'aide et ne concernait pas les autres professions.

La réponse est simple. L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique et physique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. Si, pour tous les professionnels, on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important. La relation à l'autre est au centre des professions de relation d'aide et constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait ce choix.

Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Pour tenter d'arriver à une définition unique et acceptable, il nous paraît indispensable de discuter les caractéristiques et les dimensions physiques et psychiques du SEPS.

Nous retiendrons deux grands axes de description pour les discuter ensuite. Nous aborderons successivement les signes cliniques physiques et psychologiques puis la description de Ch. Maslach et S. Jackson, à l'origine de l'échelle d'évaluation la plus souvent utilisée (MBI présenté en annexe, à la fin de l'ouvrage). Cette dernière marque véritablement un tournant dans l'analyse du concept pour les professions d'aide.

Des signes cliniques non spécifiques

Les signes cliniques décrits sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques.

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. Il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires, les rythmes que les « régimes suivis », des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/boulimie, de variations pondérales importantes responsables du syndrome du yo-yo. Ce sont des troubles fonctionnels qui peuvent toucher l'appareil digestif à tous les niveaux, souvent les mêmes d'ailleurs pour un individu donné. N'oublions pas les difficultés sexuelles, souvent cachées par les sujets : la sexualité humaine est fragile et très vulnérable au stress.

Sur le plan comportemental, ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet : une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle faisant passer du rire à la bouderie ou aux pleurs, une promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une

surcharge émotionnelle, une méfiance ou une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risque pour soi-même ou pour autrui.

Il s'agit d'attitudes dites défensives : une rigidité le plus souvent acquise, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme, le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace.

Enfin, pour « tenir le coup », le sujet peut être amené à faire usage d'alcool ou de psychotropes « empruntés à la pharmacie du service » pour se détendre, cette automédication étant dangereuse car source de dépendance durable.

L'évolution se fait vers un état de fatigue grandissant, des attitudes thérapeutiques de plus en plus inadaptées et inopérantes marquées par une moins grande efficacité et un manque de rigueur dans la pratique des soins.

Aux yeux des collègues, le sujet apparaît « *comme s'il était déprimé* ». Il l'est parfois comme nous le verrons plus loin, l'épuisement professionnel pouvant « faire le lit » d'une authentique maladie dépressive.

Cependant, le sujet fait de grands efforts pour tenir son poste dans un contexte peu gratifiant. Il peut même, paradoxalement, ne plus arriver à quitter un travail, par ailleurs devenu une source de souffrance, réalisant ainsi un tableau d'acharnement au travail. Ce type de comportement pathologique est marqué par un présentisme anormal au travail. Il est le fait des cadres, des médecins seniors, des chefs de service ou d'unité. Leur présence permanente et peu efficace est une source de désorganisation du travail et de stress pour leurs équipes.

D'autres sujets réagissent par un désir de changement, voire de fuite du travail qu'ils ne peuvent plus tolérer. On observe alors un absentéisme progressif et répété. Des demandes de mutation peuvent parfois provoquer dans certains services de véritables hémorragies de personnel. Le syndrome présente une assez grande « contagiosité » — c'est ce qui en fait la gravité et l'originalité sur un plan psychosociologique.

Les signes cliniques n'ont en fait rien de véritablement spécifiques. Peu d'éléments distinguent ces symptômes de la symptomatologie décrite dans la pathologie due au stress. On peut aisément lire dans cette description des tableaux plus ou moins complets d'un état anxieux, anxio-dépressif, dépressif débutant, comme nous verrons plus loin, ou pseudo-névrotiques.

L'intérêt et le grand mérite du travail de H. Freudenberger ont été :

- d'avoir attiré l'attention sur le terme de burn-out qui semblait décrire un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie ou de la psychologie classique n'arrivait à résumer¹ ;

1. La même idée avait été formulée et publiée par Claude Veil dès 1957.

- d'avoir repéré qu'il touchait des personnes engagées dans une relation d'aide ;
- d'avoir montré qu'il s'agissait de troubles progressivement acquis.

La description d'un syndrome

Pour tenter de délimiter un syndrome aux contours moins flous, les définitions vont se multiplier. Mais une des particularités « historiques » du burnout est que le syndrome se dessine « en même temps » que s'élaborent des instruments de mesure.

Les trois dimensions fondamentales du syndrome qui ouvrent non seulement des perspectives d'évaluation mais aussi de compréhension psychodynamique et d'approche thérapeutique sont :

- **l'épuisement émotionnel** ;
- **la déshumanisation² de la relation interpersonnelle** ;
- **la diminution de l'accomplissement personnel**.

La description de ces trois éléments nous permet la reconnaissance du syndrome et apporte une compréhension psychodynamique, sorte de modélisation de l'installation du *burnout syndrome* chez l'individu.

L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique.

Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'un sentiment d'être « vidé », d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle aussi d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle. À la différence d'autres moments de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le repos. L'un des signaux devenu classique dans nos services est l'absence d'effets bénéfiques des vacances ou du repos.

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine.

2. Le terme anglais *depersonalization* utilisé par Maslach et Jackson ne peut absolument pas être conservé en français car ce terme de « dépersonnalisation » possède en sémiologie psychiatrique française une définition précise : il désigne un trouble de la conscience au cours duquel le sujet éprouve l'impression d'une transformation de sa personnalité et d'une modification corporelle, alors qu'il s'agit ici d'une modification de la relation envers l'autre, une perte d'empathie, une difficulté de reconnaître la personne chez l'autre. C'est pourquoi le terme « déshumanisation de la relation interpersonnelle » nous paraît plus adapté.

Cet épuisement émotionnel se double souvent d'incapacité à exprimer toute émotion. Il s'agit d'un renforcement d'une des conduites les plus fréquentes de la tradition médicale. Exprimer ses propres sentiments est souvent vu comme un signe de faiblesse. Ainsi, toute émotion nouvelle va donner lieu à des expressions psychiques et/ou comportementales variées. Paradoxalement, cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hypercontrôle apparemment absolu des émotions.

Cet état associé à la déshumanisation de la relation à l'autre aboutit à ce qui est décrit dans la littérature américaine sous le nom de *John Wayne syndrome* : à l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, le soignant devenu impassible est capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans ciller.

La déshumanisation de la relation à l'autre

La déshumanisation de la relation à l'autre est le **noyau dur du syndrome**. Ce second critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet, une chose qu'une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre. La personne peut être réduite à l'organe malade. L'individu est en quelque sorte réifié (réification de la personne). Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Un des habitus est l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou noir qui devient mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme.

Il est possible d'interpréter de façon psychodynamique cet état.

En fait, **cela n'a pas toujours été ainsi chez le soignant** : cet état s'est installé progressivement et lentement. La distanciation à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel. C'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cette mise à distance de l'autre se fait très « sournoisement », à l'insu du soignant et, pourrait-on, dire malgré lui. Mais il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.

La diminution de l'accomplissement personnel

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue.

Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, en un mot de ne plus faire du bon travail.

En effet, la relation à l'autre est ou était le fondement du travail de soignant et sa motivation principale de ce choix professionnel. Constatant cette distanciation, le sujet va la ressentir comme un échec. Il n'est plus à la hauteur. Il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation.

Les conséquences de tant de difficultés sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, abandon de travail, manque de rigueur ou même erreurs professionnelles. Chez la plupart des sujets, on observe un désinvestissement du travail. Prendre quotidiennement son poste devient de plus en plus difficile. Cette attitude de fuite s'observe plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers). Ailleurs, on notera un surinvestissement d'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y « traîner » de manière très illogique. Ce comportement dit de « présentéisme », inefficace d'ailleurs, serait plus typiquement celui des cadres et des médecins seniors.

Vers une définition unique du syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, ou burn-out ou *burn-out syndrome*, apparaît comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et physique chronique comprenant :

- un épuisement émotionnel et physique ;
- une déshumanisation de la relation avec le patient ;
- une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail.

Il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide.

D. Bédard et A. Duquette en résument les éléments dans la définition suivante : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* »

Toutefois, il est de plus en plus répandu de parler d'épuisement professionnel en considérant uniquement le premier item du syndrome, celui de « l'épuisement émotionnel ». Ainsi, le burn-out ne serait plus considéré comme une triade diagnostique : un seul symptôme suffirait à le définir. Compte tenu de l'implosion qui se joue avec le troisième et dernier item, « la perte d'accomplissement de soi », nous gardons une certaine réserve par rapport à cette tendance simplificatrice. En effet, le fait d'être en épuisement émotionnel ne justifie pas à lui seul la crise existentielle finale. La définition complète reflète la conception que nous partageons du burn-out :

- la fatigue et l'épuisement au travail existent : les médecins le constatent ; la symptomatologie clinique est variée et n'entre pas dans des cadres

nosographiques bien définis ; c'est une expérience psychique négative et souvent douloureuse ;

- c'est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne ; il n'est pas une maladie ;
- ce travail, s'il peut être un lieu d'épanouissement, peut aussi être un lieu d'épuisement ; ceci justifie la place du syndrome d'épuisement professionnel en psychopathologie du travail et de la mise en œuvre d'actions de prévention de la part des pouvoirs publics — ce qui représente pour l'instant en France un *vœu pieux* ;
- ce sont l'accumulation et la répétition à moyen terme (deux à cinq ans selon les auteurs) de stress émotionnels qui vont être responsables de l'épuisement physique et psychique et d'un désinvestissement professionnel ;
- les troubles décrits sont le témoin d'une difficulté d'adaptation à un stress émotionnel chronique lié au travail ; ce trouble d'adaptation s'installe le plus souvent de façon insidieuse, à l'insu de la personne ;
- le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est spécifique, car il touche des personnes dont le travail a pour but d'aider, d'accompagner les personnes ; c'est pourquoi le désinvestissement prend une forme particulière de mise à distance de la personne aidée ou soignée, représentée par la déshumanisation de la relation humaine ;
- les facteurs en cause sont nombreux et font l'objet d'une analyse détaillée : il s'agit tant de facteurs de personnalité, des motivations profondes de l'être et de son engagement au travail, que des conditions de travail à l'aube du troisième millénaire ainsi que du sens et de la valeur de celui-ci dans notre monde.

3

Limites du syndrome d'épuisement professionnel

En dépit de nombreuses études publiées en Amérique du Nord et en Europe, le SEPS reste encore à ce jour une entité très discutée. Le syndrome semble manquer d'homogénéité et d'unité. Les psychiatres dénoncent une symptomatologie non spécifique qui peut recouvrir, en effet, plusieurs champs diagnostiques. On en repère aisément quatre : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, somatisations, troubles dépressifs. On pourrait aussi faire une analyse en termes de pathologie de la personnalité, le burn-out apparaissant uniquement sur des personnalités particulières par le biais du narcissisme et des problèmes de l'idéalité.

Une des questions essentielles quand on procède à l'étude du syndrome d'épuisement professionnel est de savoir ce que l'on repère et ce que l'on évalue réellement.

Devant l'ampleur du phénomène psychosocial que représente la souffrance des soignants et devant la nécessité d'aller plus loin dans la recherche des solutions, il ne nous semble pas possible de renvoyer le sujet dans l'unique champ de la psychiatrie.

Pour répondre aux questions posées en introduction, il est indispensable de poser les limites du SEPS de la façon la plus claire possible. C'est à ce prix que nous disposerons d'un outil utile et intéressant.

Si le syndrome d'épuisement possède une validité quelconque, quelle est-elle ?

Pour cela nous allons tenter de répondre aux questions suivantes. Comment se situe le syndrome d'épuisement professionnel dans le cadre de la psychopathologie du travail ? Quelles relations peut-on faire avec le stress ? En quoi le burn-out est différent des pathologies dues au stress ?

Il nous faut aussi cerner les rapports et les différences du burn-out avec des troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs, anxieux, les manifestations psychosomatiques, et savoir s'il mérite d'être une nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental.

Enfin, doit-il être limité aux professions dites d'aide ou peut-on l'étendre à toutes les formes de travail ?

Épuisement professionnel et psychopathologie au travail : de la fatigue au travail au *burnout syndrome*

La psychopathologie¹ du travail est l'étude « *du rapport psychique de l'homme au travail* » (Ch. Dejours) ou « *de l'ajustement réciproque des hommes et de leurs situations de travail* » (A. Raix, C. Mignée). Cette discipline tente d'analyser ce qui dans les conditions, l'organisation et les caractéristiques du travail va se trouver en prise avec l'organisation et le fonctionnement psychique du sujet.

Les contraintes psychiques dues au travail ont été d'abord décrites en termes de fatigue puis de charge psychique. Pour Ch. Dejours, l'étude de la souffrance due à la charge psychique est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail.

C'est dans ce cadre qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel.

On va trouver la psychopathologie du travail au carrefour de l'ergonomie, de la psychologie et de la sociologie du travail, mais aussi de la psychiatrie. Les modèles théoriques en psychopathologie du travail sont nombreux.

Les conceptions de l'interaction homme-travail vont influencer l'interprétation psychopathologique des troubles et les solutions thérapeutiques et préventives.

Il existe différentes approches de la psychopathologie du travail.

L'approche sociologique

Le burn-out menace-t-il la société moderne ? Faut-il le considérer comme une pathologie sociale ?

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs du *care*.

Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène.

L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation

1. La psychopathologie du travail n'est pas un synonyme de psychiatrie. À l'instar de la physiopathologie, la psychopathologie serait la branche de la psychologie ayant pour objet l'étude comparée des processus pathologiques de la vie psychique, s'appuyant sur différents modèles théoriques tendant à rendre compte de l'articulation des différents troubles entre eux et de leurs rapports avec le « fonctionnement dit normal du psychisme ».

sont les témoins d'une pathologie sociale. C'est là qu'il faut y trouver la cause. C'est là qu'il faut apporter le remède. Comme l'écrit Ch. Dejours : « *Cette position théorique — au sein de laquelle on retrouve les fondements du courant antipsychiatrique (NDA) — va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique.* »

L'approche sociologique amène à poser la question suivante : certes l'individu devient malade de son travail, mais n'est-ce pas le travail lui-même qui est malade dans notre société ?

L'approche psychiatrique

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre.

Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques.

L'approche psychanalytique

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une — il n'est là encore qu'un révélateur de — faille sous-jacente préexistante que l'on retrouverait dans les premières années de vie. La névrose infantile demeurerait donc la cause fondamentale. L'hypothèse d'un Idéal du Moi est posée comme une explication intrapsychique qui explique à la fois le choix professionnel et le comportement d'aide. Cette lecture donne la part belle à la quête de reconnaissance comme une course réparatrice venant combler un manque fondamental. Nous interrogeons donc les structures hystériques ou obsessionnelles à travers leur quête narcissique sur fond de culpabilité.

Même trop brièvement exposée ici, cette approche psychanalytique reste une interprétation toujours possible pour l'individu. On comprend comment Ch. Dejours peut écrire à ce propos que « *le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail* ».

Cependant quand on voit le nombre toujours croissant de burn-out, force est de constater qu'il y a un problème qui dépasserait l'idée de la seule

vulnérabilité personnelle. **Un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer aussi chez un individu normal.** C'est donc à travers une lecture complémentaire qu'il faut comprendre la relative capacité de l'individu à faire face et discuter la psychopathologie de l'apparition de la désadaptation de la personne dans ses réponses de *coping*.

L'approche par la théorie du stress

En recourant à la notion de stress, il est possible de « rattraper »² le travail dans une psychopathologie du travail. C'est pourquoi le stress a actuellement une place si grande dans le cadre de la « fatigue au travail ». Nous y consacrons plus loin une étude détaillée afin de positionner le syndrome d'épuisement professionnel dans la théorie générale du stress.

Synthèse

Ainsi, ces différentes approches apportent chacune des éléments à la compréhension de la psychopathologie du travail. C'est à Ch. Dejours³ que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme.

Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burn-out, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement, les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à analyser les facteurs intervenant dans le burn-out.

Épuisement professionnel et stress

Le stress occupe en psychopathologie du travail une place centrale.

Pour comprendre les relations entre stress et épuisement professionnel, il est nécessaire de bien situer les conceptions actuelles du stress. Si l'épuisement professionnel est dû aux effets du stress survenant au travail, c'est une interaction particulière que nous allons étudier ici entre le stress au travail et la genèse d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Le stress

Au XVIII^e siècle en Angleterre, *stress* signifie un état de détresse en rapport avec l'oppression, la dureté de la vie, les privations, l'adversité.

2. Dejours C. Psychopathologie du travail. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie 37886-A-10, 2, 1982.

3. Dejours C. Travail : usure mentale. Paris : Éditions du Centurion ; 1980.

C'est Hans Selye, médecin canadien d'origine hongroise, qui a donné une assise scientifique et une diffusion quasi mondiale au concept. En 1946, il utilise pour la première fois le mot « stress ». Emprunté à la physique, ce terme désigne la contrainte exercée sur un matériau. Normalement, un matériau est capable de résister à toute une série de contraintes modérées. Mais si la contrainte est excessive ou si le matériau est fatigué, il y a risque de déformation, voire de rupture. Le mot « stress » vient du latin *stringere*, « tendre », via le vieux français et le moyen anglais comme son doublet *distress* (détresse) ; il était utilisé pour signifier : malheur, difficulté, adversité, affliction⁴.

Le mot possède une diffusion et une célébrité immense mais c'est au prix de confusions extrêmement dommageables. Le terme stress est malheureusement employé couramment pour qualifier trois notions différentes :

- le mot stress est souvent (et à tort) utilisé pour désigner des facteurs de stress ou stressseurs tels le bruit, des conditions de travail... ; un événement ne devient facteur de stress que par rapport à un individu donné ;
- le mot stress est employé de façon limitée pour décrire les manifestations pathologiques qui apparaissent quand les capacités de réponses ou d'adaptation de l'individu sont dépassées ;
- alors que stress définit d'abord l'ensemble des **réactions normales d'adaptation de l'être vivant à un stimulus**. Selye s'est attaché à montrer que ce n'est pas l'agent agresseur qui est pathogène, mais la réaction de l'organisme à cet agent. Il a nommé le stress comme un « syndrome général d'adaptation » : il n'est pas de vie sans stress. Le mot caractérise la capacité de l'être de réagir aux stimulus variés de la vie, aux excitations multiples auxquelles l'organisme est exposé.

Conceptions actuelles du stress

Les conceptions du stress ont beaucoup évolué, d'abord dans les écrits de H. Selye lui-même puis dans ceux des nombreux auteurs qui ont travaillé et travaillent sur ce sujet. Le stress a progressivement abandonné un modèle linéaire stimulus/réponse de cause à effet pour un modèle transactionnel entre l'individu et son environnement dont la cause est multidimensionnelle.

Les modèles stimulus/réponses linéaires correspondent à la conception initiale du stress. Il s'agit des réponses physiologiques d'un organisme face à un agent agresseur (Cannon, 1932 ; Selye, 1956). L'agent agresseur décrit dans les premiers travaux est uniquement physique. Il tend à rompre l'homéostasie du sujet qui, pour rétablir son équilibre menacé, répond par les systèmes neurohormonaux identifiés par Cannon et Selye : le

4. Paulhan I., Bourgeois M. Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité. Collection Nodules. Paris : PUF ; 1995.

système sympathique et médullo-surrénalien, et le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. Le modèle physiopathologique est proche de celui de la réaction réflexe.

En 1975, Mason montre que la réponse n'est pas uniquement liée à des stimulus nocifs physiques. Des facteurs psychiques émotionnels peuvent être aussi responsables de l'activation hormonale. Avec cet apport fondamental, l'émotion et la psychologie prennent place dans la modélisation du stress. C'est l'individu (et même l'animal) en situation qui réagit à un agent stressant. Envisager le stress sous son aspect émotionnel introduit la dimension psychique dans la conception du stress, mais risque d'introduire aussi une confusion. **Certes le stress est émotion, mais toute émotion n'est pas stress.** Une émotion peut être bonne ou pénible ; un stress est toujours le résultat d'une agression même si secondairement l'individu peut tirer profit de l'expérience et de la réorganisation que cet événement stressant induit. Cette idée permet d'introduire la conception actuelle du stress.

Les modèles transactionnels envisagent le stress comme une interaction entre la personne et son environnement. La prise en compte de la dimension psychique du stress montre que les réponses physiologiques aux agressions ne sont pas stéréotypées. Elles dépendent de la nouveauté de la situation, de la possibilité pour le sujet de contrôler et de sa capacité de prévoir l'évolution des événements. Le stress ne réside ni dans la situation ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Dans une perspective transactionnelle, l'individu n'est pas dérangé uniquement par la situation, mais aussi par l'appréhension qu'il a de celle-ci.

La définition du stress dans sa conception actuelle est la suivante : c'est un phénomène transactionnel bio-psycho-social. Cette définition un peu obscure devient nettement plus limpide quand on écoute Épictète (50-130) nous dire : *« Ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils portent sur elles. »*

Qu'est-ce que le concept de burn-out apporte à celui de stress ?

En fait, le burn-out est la traduction de l'accumulation et de la sommation d'événements face auxquels l'individu n'arrive plus à faire face.

Le burn-out représente la mise en échec d'une transaction équilibrée entre le sujet et son environnement.

Les événements auxquels il est soumis sont le plus souvent mineurs mais répétés et émotionnellement difficiles à vivre.

C'est le stress chronique qui construit le burn-out.

L'épuisement professionnel est secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. Il faut penser le burn-out comme un phénomène long et évolutif. Il sera tout à fait inadapté d'employer le terme après un

événement aigu et il est préférable de garder la terminologie bien définie des états de stress post-traumatiques. **Ainsi, on parlera d'épuisement professionnel après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant d'un à cinq ans.**

L'épuisement professionnel est donc secondaire à un stress prolongé, répété et de longue durée s'intégrant dans un processus de réactions inadaptées de l'individu.

L'idée qui va nous intéresser ici est la suivante : il est clair que les soignants dans leur pratique quotidienne sont soumis à des stress de nature variée. Confronté à d'autres stress divers, l'individu peut réagir de façon violente. Mais ce sont les multiples petits débordements qui « à la longue » vont permettre la constitution du burn-out.

L'autre idée importante à laquelle nous a menée l'étude du SEPS est celle de l'inégalité de l'individu face aux agents stresseurs.

Nous ne sommes pas égaux face au stress. Chacun peut avoir une sensibilité particulière à un stresser. Cette sensibilité peut le rendre plus vulnérable dans une situation donnée. Mais la sensibilité au stress se modifie au cours de l'existence car l'individu évolue au cours de sa vie. Des situations qu'il était capable d'assumer à une époque peuvent déborder ses capacités d'adaptation plus tard. Des motivations personnelles qui lui permettaient de faire face à un âge donné peuvent avoir évolué et le rendre moins compétent ou moins volontaire. Ces modifications de l'équilibre personnel doivent être prises en considération pour comprendre l'installation d'un SEPS et permettre au sujet de repenser sa propre histoire.

Épuisement professionnel et insatisfaction au travail

L'insatisfaction au travail doit être distinguée de l'épuisement professionnel. En effet, si l'analyse de l'épuisement professionnel permet de retrouver constamment une dimension d'insatisfaction au travail, en revanche l'insatisfaction au travail n'est pas associée *de facto* à un épuisement professionnel.

En effet, la satisfaction au travail est un état émotionnel de plaisir découlant de l'évaluation que l'individu fait de son travail à travers le prisme de ses valeurs personnelles (Locke, 1969). Cette évaluation est faite consciemment : l'individu est capable de formuler les sentiments de satisfaction et d'insatisfaction de la relation qu'il entretient avec son travail, et des bénéfices qu'il en retire.

Les principales variables de la satisfaction au travail ont été bien étudiées en particulier par Maslow (1954). Dans la théorie des besoins, Maslow analyse la satisfaction de l'individu en fonction des besoins physiologiques, sociaux, de sécurité, d'estime de soi et d'actualisation de soi.

Mais aussi il faut que les incitations au travail soient réelles et valorisantes — le salaire, la sécurité de l'emploi, les politiques de l'employeur,

la relation avec la hiérarchie — et que le contenu de la tâche soit lui aussi source d'estime de soi, d'estime sociale et de développement personnel.

Bédard et Duquette affirment ainsi que « *l'insatisfaction au travail se manifeste lorsqu'il y a discordance entre les besoins d'un individu et les facteurs intrinsèques et extrinsèques liés au travail (...). Tout comme l'épuisement professionnel, l'insatisfaction est une expérience psychique négative vécue par l'individu et liée au milieu du travail. La perte du sentiment d'accomplissement dans le travail est une caractéristique observée chez les personnes insatisfaites de leur travail (...). Mais l'épuisement émotionnel, la fatigue physique et la déshumanisation de la relation ne sont pas des manifestations de l'insatisfaction au travail (...). Enfin, l'insatisfaction peut s'exprimer à l'égard de tout type de travail alors que le SEPS est lié à un travail ayant pour but d'aider les gens* ».

Le syndrome d'épuisement professionnel et les troubles psychiatriques : une nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental ?

Avant d'aborder cette question, il faut positionner le syndrome d'épuisement professionnel par rapport aux troubles dépressifs, anxieux et aux somatisations.

Épuisement professionnel et dépression

La discussion diagnostique entre « burn-out » et « dépression » repose sur les constats suivants :

- il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel ;
- les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle ;
- en 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du burn-out avec les échelles de la dépression.

Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burn-out à une forme clinique de la dépression.

Si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, nous pensons cependant que l'on doit distinguer « dépression » et « burn-out ».

En effet, sur le plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement de soi qui existe dans l'épuisement professionnel couvre à son début exclusivement le domaine professionnel. S'il existe des sentiments dépressifs, ils restent le plus souvent localisés au secteur professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de vie. Il n'y a pas habituellement de ralentissement psychique et/ou moteur. Si l'on reste rigoureux sur la définition des critères de la dépression, ils ne sont pas réunis ici. Enfin,

tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique. Les facteurs déclenchants sont le plus souvent multidimensionnels. Cet état survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologique antérieur.

Épuisement professionnel et troubles anxieux

Anxiété, stress et burn-out semblent proches : souvent, les mots sont employés les uns à la place des autres. Certes, on a bien l'impression qu'il existe des frontières et un territoire commun.

En psychiatrie, les troubles anxieux sont des troubles dont la sémiologie, l'évaluation et les modalités thérapeutiques sont bien délimitées. Bien qu'ayant des zones de recouvrement avec le stress, il faut retenir que le stress n'est pas une maladie. Les mécanismes physiologiques et biochimiques actuellement connus du stress sont différents de ceux de l'anxiété. Si le stress peut être générateur d'anxiété, il est clair qu'énoncer ce terme implique d'emblée un contexte extérieur ou environnemental que l'on tend à incriminer.

E. Albert et L. Chneiweiss écrivent à ce sujet : « (...) *on réalise qu'il en est du stress et de l'anxiété comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue. Ils se ressemblent en apparence mais ils ont un sens différent (...), véritables faux-semblants de la psychologie du XX^e siècle* ».

Comme dans le cas de la dépression, le burn-out peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux. Mais, dans la définition que nous avons retenue, il s'agit plus d'un processus que d'une maladie. Dans le cadre des réactions à un stress chronique que représente le burn-out, des sujets différents vont ou non développer une anxiété en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent et justifier une prise en charge spécifique.

Épuisement professionnel et somatisations

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du burn-out — il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptôme vrai, comme nous le verrons plus loin. Néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites.

On appelle somatisation⁵ un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement

5. Bottéro A., Canoui P., Granger B. In : Psychiatrie de l'adulte. Paris : Maloine ; 1992, p. 288-90.

présents depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatifs. Les symptômes peuvent toucher n'importe quel système ou partie du corps. Ils sont en dehors du contrôle de la volonté, les motifs en sont inconscients. Il n'existe pas de lésion somatique objectivable à la différence de la pathologie psychosomatique dans laquelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évolution est dépendante de facteurs psychologiques.

Les symptômes physiques peuvent concerner de très nombreux appareils et systèmes :

- l'appareil digestif est une cible privilégiée des somatisations : douleurs abdominales, éructations, vomissements, nausées, ballonnements, diarrhées, intolérances alimentaires diverses ;
- la peau : démangeaison, prurit, sensation de brûlures, fourmillements, irritations cutanées ;
- symptôme cardiorespiratoire : hyperventilation, palpitation, douleur de poitrine ;
- douleurs : dorsales, articulaires ;
- appareil urogénital : mictions fréquentes psychogènes, dysurie psychogène, règles douloureuses ;
- troubles psychosexuels : désintérêt sexuel, dyspareunie ;
- symptomatologie neurovégétative variée : palpitations, sueurs, bouffées de chaleur, tremblements, sensation de froid.

Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence des plaintes somatiques multiples. À la différence du syndrome hypochondriaque, le sujet ne craint pas d'être atteint d'une maladie précise ; à la différence des syndromes de conversion, il ne s'agit pas d'une altération ou d'une perte d'une fonction physique.

Il n'existe pas de trouble psychiatrique évident. Les signes physiques ne sont pas dus exclusivement à l'anxiété et la dépression.

Épuisement professionnel et fatigue compassionnelle

Le terme fatigue compassionnelle est apparu en 1992 (Joinson) pour désigner une forme particulière de stress au travail affectant les professionnels de santé, notamment les infirmières en soins palliatifs et en oncologie. Le terme « fatigue compassionnelle » — encore appelé fatigue de compassion, usure de compassion ou traumatisme vicariant — a ensuite été adopté par divers métiers du *care*.

Le terme pâtit d'une absence de consensus terminologique, mais il est possible de distinguer deux grandes familles de définitions. La première fait de la fatigue compassionnelle une conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui, à l'occasion de laquelle le soignant témoigne de symptômes tels que la colère, la dépression et l'apathie. Cette définition, qui a principalement cours en sciences infirmières, relève plutôt

des pathologies du lien et de l'attachement ; elle s'avère trop évasive pour différencier convenablement la fatigue compassionnelle du burn-out. La seconde conception ressort de la psychotraumatologie : initialement décrite chez les psychothérapeutes (Figley, 1995), la fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées. Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune souffrance — il n'est ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire —, mais il la vit chez autrui ou l'entend racontée. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte des personnes intervenant dans des situations de catastrophe, de guerre, d'attentat. D'autres termes de signification proche ont également pu être utilisés, comme celui de victimisation secondaire, co-victimisation ou contagion émotionnelle.

Fatigue et stress compassionnels

Construite sur le modèle de l'état de stress post-traumatique, la fatigue compassionnelle se définit comme un état résultant d'une exposition prolongée au processus de stress compassionnel, en particulier aux souvenirs traumatiques, notamment visuels, qu'il provoque chez le soignant. On note l'apparition des symptômes caractéristiques de l'état de stress post-traumatique — reviviscence, troubles émotionnels, état d'hypervigilance, évitement — et des réactions associées, comme la dépression ou différentes formes de troubles anxieux.

Fatigue compassionnelle et burn-out

Nous pouvons identifier des différences majeures : le burn-out est toujours d'installation lente, progressive et insidieuse ; la fatigue compassionnelle peut survenir assez soudainement, sans signaux d'alerte francs (Figley). Parce qu'il fragilise le soignant, le burn-out peut le rendre plus sensible aux traumatismes vicariants, donc ouvrir la voie à la fatigue compassionnelle.

Les soignants ou les professionnels des soins atteints de fatigue compassionnelle commencent à ressentir la douleur et la souffrance des personnes dont ils s'occupent. Ils en viennent à perdre une part de leur identité qui se confond avec celle des malades, en faisant preuve d'un investissement émotif encore plus grand que nécessaire. Le tableau est celui d'un épuisement profond qui se manifeste sur le plan physique, émotif et spirituel avec des symptômes très analogues à ceux que nous avons décrits pour le burn-out ; c'est pourquoi ils peuvent être confondus initialement.

Burn-out, traumatisme secondaire et fatigue compassionnelle peuvent donc survenir quasi simultanément chez la même personne. Pour ajouter

à la difficulté de repérage, les signes avant-coureurs ou les symptômes sont extrêmement variables d'une personne à l'autre, qu'il s'agisse du burn-out ou de la fatigue compassionnelle.

Ainsi, la fatigue compassionnelle relève plutôt de la psychotraumatologie dans son installation que dans ses mécanismes, même si les ressources psychiques ont été à un moment dépassées et ne permettent plus à la personne de faire face à la situation d'aide dans laquelle elle est engagée.

Le syndrome d'épuisement professionnel : un trouble d'adaptation

Il est inutile et illicite selon nous de vouloir faire du syndrome d'épuisement une nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux. Le DSM-V ne l'a pas retenu à juste titre.

H. Grantham écrit en 1985 : « (...) *Nous sommes placés face à l'une des deux réalités suivantes devant un sujet qui se présente avec un diagnostic de burn-out :*

« – soit il s'agit d'un diagnostic erroné, niant le plus souvent un syndrome psychopathologique susceptible de répondre à des mesures thérapeutiques adéquates (il s'agit d'un syndrome anxieux, anxio-dépressif, dépressif, un trouble de personnalité...) ;

« – soit le diagnostic est correct (...) » mais, écrit H. Grantham, « *nous nous trouvons avec une insuffisance de moyens thérapeutiques ou de capacités d'intervention.* »

En effet, nous avons vu combien nombreuses sont les possibles entrées symptomatiques dans le cadre de l'épuisement professionnel — si nous prenons l'exemple du symptôme « fatigue, asthénie, fatigabilité », nous pouvons discuter de très nombreux diagnostics.

S'il fallait faire un choix, nous privilégierions le trouble d'adaptation.

En effet, il est licite de penser le syndrome d'épuisement professionnel comme une forme clinique d'un trouble d'adaptation.

Le syndrome d'épuisement professionnel ne peut être une catégorie diagnostique mais un diagnostic d'élimination et rétrospectif. C'est un processus que nous allons décrire et constater être à l'œuvre chez un individu. Secondairement, il sera possible de dire si derrière ce processus psychique se profile un trouble psychopathologique ou un trouble dit d'adaptation lié à des facteurs multiples : personnels, interpersonnels et/ou organisationnels.

Le syndrome d'épuisement professionnel et la relation d'aide : qui est touché ?

Le burn-out doit-il être limité aux professions dites d'aide ou peut-on l'étendre à toutes les formes de travail ?

Le syndrome d'épuisement professionnel a été décrit depuis 1970 à propos des personnes engagées dans une relation d'aide. Dans les travaux

antérieurs, plusieurs auteurs avaient mis l'accent sur la fatigue et les états d'épuisement au travail. On conçoit aisément l'envie d'étendre à d'autres professions la notion de burn-out. *A priori*, il n'y a pas de raison pour que l'épuisement professionnel soit l'apanage des professions d'aide. Chaque profession est soumise à des stress que l'on peut analyser en termes de stress aigu et chronique liés aux conditions de travail et au « sujet traité ».

Cependant, si l'on considère le deuxième critère de définition de Ch. Maslach, S. Jackson — la déshumanisation de la relation à l'autre, la distanciation excessive envers autrui, la réification de l'autre ; en un mot, la difficulté de continuer de voir en l'autre toutes les dimensions de l'être humain —, il nous paraît alors légitime d'étendre le syndrome d'épuisement professionnel au-delà des professions de santé, chaque fois qu'il existe une relation d'aide ou de soutien envers une personne et chaque fois que de la qualité de cette relation dépendent la qualité de l'aide et son efficacité.

De manière non exhaustive, les catégories professionnelles touchées sont :

- les soignants : médecins, et l'ensemble des professionnels dits paramédicaux : infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes... ;
- le personnel médico-social ;
- les assistantes sociales et les personnels des services sociaux ;
- les éducateurs ;
- les enseignants ;
- les juges et le personnel pénitentiaire ainsi que les personnels de police et du maintien de l'ordre public ;
- mais aussi tous les auxiliaires de ces professionnels.

Nous soutenons toujours comme nous l'écrivions lors des éditions précédentes de l'ouvrage qu'il n'était pas souhaitable d'étendre la notion de burn-out des soignants au-delà des limites marquées par le fait que les personnels sont engagés dans une relation d'aide. Cependant, actuellement, le terme est très souvent employé à propos de la souffrance au travail en général. L'expression burn-out est utilisée pour définir les manifestations du stress chronique au travail et le surmenage professionnel pouvant parfois conduire à une dépression. Mais dans ce cas, on ne retrouve que deux des trois items de la description faite précédemment : il s'agit de l'« épuisement émotionnel », équivalent d'un état de stress chronique, et du « sentiment de perte d'accomplissement de soi » avec le cortège de dévalorisation de soi au travail, d'envie de changer de métier, du sentiment de ne plus être compétent. L'item « déshumanisation de la relation avec autrui » n'a pas la place qu'il occupe dans le burn-out des soignants ; or, c'est le noyau dur du burn-out des soignants car c'est à cause de lui que le soignant ne peut plus faire son métier. C'est lui qui fait le lit de la perte d'empathie, qui peut conduire à la violence, à la maltraitance.

L'expression de la déshumanisation de la relation avec autrui que des professionnels autres que ceux engagés dans la relation d'aide éprouvent

se manifeste par une distance envers les autres, collègues, familles, amis, une envie d'isolement ou de solitude, une difficulté d'avoir du plaisir avec autrui, voire des sentiments d'agressivité ou de persécution dans les échanges interpersonnels. Cette quasi-impossibilité de manifester de l'empathie pour autrui n'a pas les conséquences professionnelles que nous constatons dans le burn-out des soignants, même si elle est une source de souffrance psychique.

Les médecins aussi

« L'une des manières de ne pas résoudre un problème est de faire comme s'il n'existait pas. » Paul Watzlawick, psychiatre américain.

Il est curieux de constater que les premiers travaux n'ont pas inclus les médecins. C'est une sorte d'omerta qui semblait exister sur le burn-out des médecins, alors que les données chiffrées et le constat ne peuvent qu'interpeller le corps médical sur sa santé. L'alerte a été donnée en 2003 par le conseil de l'Ordre à partir de la révélation d'un nombre anormalement élevé de suicides de médecins dans le département du Vaucluse (onze suicides sur vingt-deux morts chez des médecins en activité dans ce département). Le suicide serait-il l'expression ultime d'un burn-out ? comme l'écrit Yves Léopold (vice-président de la CARMF) en 2006. Pour tenter de répondre à cette question, plusieurs études sont à notre disposition. Ce sont d'abord celles concernant le suicide des médecins, ensuite celles sur des indicateurs de santé mentale, enfin celles sur l'évaluation du burn-out et des facteurs de risque. Les médecins libéraux comme les hospitaliers sont touchés par ce type de surmenage professionnel. Tous sont exposés à ce nouveau mal professionnel.

La question du suicide des médecins, un sujet devenu un peu moins tabou

L'analyse de différentes statistiques confirme que dans les pays développés le suicide est une cause importante de décès chez les médecins. Yves Léopold rapporte en 2006 les résultats de l'étude qu'il a menée. Ces données chiffrées ne peuvent laisser indifférents : sur une population totale de 42 137 médecins répartis sur 26 départements, le nombre de décès est de 492, le nombre de suicides est de 69. **L'incidence du suicide sur ces données incomplètes mais sur un effectif important est donc de 14 %.** Ce taux est à comparer avec celui de la population générale en 1999 : pour la population d'âge comparable (de 35 à 65 ans), le nombre total de décès fut de 93 346 ; le nombre total de suicides fut de 5 208, soit une incidence de 5,6 %. Même si cette étude n'a pas une rigueur méthodologique parfaite, l'écart est suffisant pour inquiéter.

Les travaux réalisés dans d'autres pays occidentaux sont aussi concordants. Au Québec, l'étude de Michel Desjardins et coll. rendue publique le 16 novembre 2001 à l'occasion du 51^e colloque de l'Association des

psychiatres du Canada a montré que, durant la période 1992-2000, le taux de décès par suicide chez les médecins de la Belle Province a été de 14,3 %. Aux États Unis, un article paru dans le JAMA⁶ révèle que, pendant les quatre décennies passées, les médecins se suicident bien plus fréquemment que les non-médecins. Les risques de mourir par suicide sont sept fois plus grands pour les médecins mâles que pour les hommes dans la population générale, toutes catégories professionnelles confondues. Chez les médecins femmes le nombre des suicides est entre 25 et 40 fois plus élevé que dans la population féminine. « *Nous ne savons pas pourquoi il y a un surcroît dramatique dans le taux de suicides chez les médecins femmes* » affirme Herbert Hendin, co-directeur de la Fondation américaine pour la prévention des suicides et professeur de psychiatrie au *New York Medical College*. Hormis au Québec, les médecins femmes se suicident plus que les hommes. On peut rapprocher ces données de celles concernant les **chirurgiens-dentistes**⁷. Les chirurgiens-dentistes ont un taux de suicide 2,5 à 5 fois supérieures à celui de la population générale⁸. Le taux de suicide des jeunes chirurgiens-dentistes (22-44 ans) est aussi 2,6 fois supérieur à celui de la population générale⁹.

L'analyse de ces données peut se résumer ainsi : le suicide est une cause importante de décès chez les médecins libéraux comme chez ceux travaillant en hôpital ou en clinique. La dépression est une cause majeure du décès par suicide. Concernant les moyens utilisés, l'hypothèse d'une facilitation de l'accès à des moyens de suicide ne tient pas : ils sont semblables à celles de la population générale.

Parmi les marqueurs de risque, il faut retenir que les médecins les plus touchés sont des femmes (sauf au Québec), le plus souvent psychiatres, ophtalmologistes, anesthésistes, médecins généralistes, chirurgiens et chirurgiens-dentistes. Les éléments le plus souvent retrouvés chez les médecins victimes sont les problèmes financiers (dont retard de paiement des cotisations professionnelles), le divorce, l'alcoolisme, des problèmes ordinaux et/ou judiciaires ; la maladie mentale, parfois, et la maladie physique complètent la liste. Les autres facteurs invoqués sont la solitude de l'exercice professionnel, la difficulté bien connue des praticiens à passer du rôle de soignant à celui de soigné, les pressions administratives, le rythme excessif de l'activité et la charge de travail.

Mais toutes ces études sont encore bien incomplètes : il y a des suicides qui ne sont pas diagnostiqués ; les données sont souvent incomplètes : il n'y a pas eu d'entrevue auprès des suicidants permettant de faire une

6. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. JAMA 2005 ; 294 : 1189-91.
7. Les chirurgiens-dentistes présentent un taux très important de burn-out avec une phénoménologie particulière aux caractéristiques de leur métier. Le burn-out bénéficie de plus d'attention et de travaux et ouvre une prise de conscience des organisations professionnelles et syndicales.
8. Alexander. J Am Dent Assoc, 2001.
9. État de l'Iowa. Étude de Simpson R., Beck J., Jakobsen J., Simpson J. Suicide statistics of dentists in Iowa 1968-1980. J Am Dent Assoc 1983 ; 107.

analyse plus fine et perspicace des facteurs de risque et des aides à apporter. Enfin, il serait intéressant d'avoir les données sur les tentatives de suicide et les suicides chez les étudiants en médecine.

Des indicateurs concernant la santé mentale des médecins

Un certain nombre d'indicateurs concernant la santé mentale des médecins français méritent d'être considérés. La population des médecins présente deux fois plus de dépression que la population générale. Le nombre de journées indemnisées par la CARMF est en augmentation récente : + 3,8 % en 2000, + 12,4 % en 2001, + 6,5 % en 2002. Les affections psychiatriques arrivent en seconde position (18 %) après les cancers (21 %) comme motifs d'interruptions temporaires de travail, avant les affections cardiovasculaires (12 %). Enfin, les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité (40 %) chez les médecins (affections cardiovasculaires : 17 %).

Cette représentation indirecte de la santé mentale mérite d'être lue avec prudence, mais elle est peut-être le reflet d'une certaine difficulté pour les médecins de vivre longtemps en bonne entente avec leur profession.

Le burn-out des médecins libéraux et hospitaliers

Les travaux sur le burn-out apportent un éclairage intéressant tant chez les médecins libéraux que chez les hospitaliers.

Chez médecins libéraux

Les médecins libéraux ont eu à faire face ces dernières années à des exigences et des contraintes grandissantes, non seulement de la part des pouvoirs publics mais aussi des patients. Plusieurs études montrent un niveau de stress particulièrement élevé parmi les médecins et l'existence d'un profond malaise. Truchot¹⁰ montre que 47 % des médecins libéraux de Bourgogne sont en état d'épuisement émotionnel, et 37 % sont dans un état de déshumanisation de la relation, selon les critères retenus par l'échelle MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Gleizes révèle que, en Haute-Garonne et à Paris, 47 % des médecins se disent prêts à changer d'activité et, en cas de cessation d'activité, 25 % d'entre eux sont décidés à changer de métier et 23 % à prendre une retraite anticipée.

Les facteurs régulièrement retrouvés sont : la surcharge de travail et le fait de devoir travailler rapidement (J. Latourelle), les contraintes administratives et l'augmentation de tâches (70 %), le poids financier et de la fiscalité (82 %), le harcèlement téléphonique (62,3 %), des perturbations dans la vie privée (56,5 %) (Gleizes et Favazet, 2002). Les problèmes organisationnels apparaissent au premier plan : devenir un gestionnaire, un

10. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport des recherches pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Département de psychologie, 2001.

administratif, l'œil constamment rivé sur les prélèvements bancaires est une source d'épuisement pour les médecins. D'autant plus qu'ils ne peuvent plus actuellement se faire aider par une secrétaire qui les déchargerait d'une partie de ce travail.

Le fait de travailler vite est à mettre en corrélation avec la non-revalorisation des honoraires et le système de paiement à l'acte. Il est clair que pour ne pas allonger la journée de façon démesurée, le seul moyen de faire plus d'actes est d'écourter les consultations et donc de travailler vite.

Les charges qui pèsent sur l'exercice médical sont augmentées mais variables entre spécialités. Les médecins libéraux ont un taux de charges assez homogène : 45 à 50 % des honoraires à l'exception des anesthésistes et des radiologues ; mais, en fait, c'est plus la variation du niveau d'honoraires qui explique la disparité des revenus. Cette disparité dans les revenus suscite une certaine grogne de la part des médecins. Enfin, l'appartenance au secteur 2 qui autorise le dépassement d'honoraires (secteur 2 gelé depuis 1991) est une source de disparité à prendre en compte.

L'analyse de la charge de travail mérite d'être faite avec prudence. En effet, au-delà de la quantité d'heures passées auprès des patients, c'est le temps passé à accomplir des tâches administratives qui semble plus être une source de stress que le travail lui-même.

En effet, il est clairement établi que la durée hebdomadaire de travail des médecins libéraux a progressé depuis une dizaine d'années d'environ 3 heures. Plus de la moitié des médecins travaillent plus de 50 heures par semaine avec en moyenne un nombre d'actes de 109, toutes spécialités confondues ; 37 % d'entre eux sont installés seul¹¹. Parallèlement, le travail de nuit et de week-end a diminué ; cette diminution se vérifie surtout pour les généralistes, les pédiatres dans les grandes villes et en Ile-de-France. Mais ce n'est pas tant le nombre d'heures ni le nombre de patients qui a une influence sur le score de burn-out. Toute charge de travail ne signifie pas fatigue, épuisement ou insatisfaction. L'environnement, l'ambiance, le climat relationnel et interpersonnel tiennent une part importante dans le phénomène de burn-out. **La quantité de travail que peut supporter l'individu est d'autant plus importante que le contexte professionnel est positif.** Cette notion est un point commun reconnu dans toute l'analyse sur le burn-out. Si un médecin ou une personne travaillant dans la relation d'aide se sent reconnu(e) et valorisé(e), elle va être moins fatiguée qu'une autre. Par conséquent, il faut parler davantage de charge psychique que de charge de travail pour bien apprécier ce facteur.

En ce qui concerne les relations difficiles avec le patient, elles ne sont pas citées parmi les facteurs de stress les plus fréquents. Les cas difficiles, la

11. Latourelle J. Le burn out des médecins spécialistes libéraux de la région Poitou-Charentes. *Nervure : Journal de Psychiatrie*, 2007 ; XXX, 5.

confrontation avec la maladie grave ou la mort sont certes des événements stressants, mais ils sont attendus. Ces situations peuvent donc être acceptées comme faisant partie des contraintes et des exigences psychologiques normales inhérentes au métier.

En revanche, les médecins se déclarent affligés du changement de mentalité des patients. L'irrespect, les exigences, l'agressivité sont des phénomènes nouveaux. De tels comportements sont sources d'augmentation de l'épuisement professionnel. Les agressions chaque fois qu'elles existent, sont un facteur de stress de haut niveau.

Le changement de mentalité des patients représente une source de tension inacceptable. En effet, la médecine générale comporte une grande part de relationnel et les médecins en sont conscients. C'est ce qui fait la valeur et l'intérêt du métier mais la modification de la position du malade consommériste fait que la médecine devenue un bien de consommation comme un autre donne l'impression au médecin d'être un prestataire de services et à son cabinet un « hypermarché de la santé ».

À côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les médecins jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur des efforts exigés d'autant plus qu'ils sont jugés par certains responsables politiques comme les uniques responsables des déficits de l'assurance maladie de notre pays.

Tous ces éléments conduisent à mettre à mal l'identité du médecin et augmentent la difficulté de se réaliser soi-même.

Aujourd'hui, le médecin n'a plus la même reconnaissance sociale. La reconnaissance dans le travail participe à l'aménagement narcissique et la reconnaissance de l'estime de soi. Bien que gagnant encore correctement leur vie, c'est leur qualité de vie professionnelle qui est en jeu. Ceci n'est pas sans incidence bien sûr sur la vie privée et la stabilité émotionnelle et affective.

Chez les médecins hospitaliers

La situation est analogue. Nous citerons en exemple une enquête prospective multicentrique française un jour donné réalisé le 25 mars 2004 ; elle apporte une photographie intéressante de l'épuisement professionnel des internes, chefs de cliniques et praticiens hospitaliers des services de réanimations adultes des hôpitaux publics. Un niveau élevé d'épuisement professionnel a été retrouvé chez 46,5 % des réponders (978 questionnaires analysés sur 1 189 médecins des 189 services réponders sur 318 contactés). Ce score de burn-out élevé au MBI était associé de façon significative avec le sexe féminin, la charge de travail, les problèmes relationnels au sein de l'équipe et la prise de décision d'un arrêt de soins¹²...

12. Embriaco N. Am J Respi Crit Care Med 2007 ; 175 : 698-704.

Pourtant ils continuent !

C'est probablement l'une des raisons qui explique le nombre important de dépression dans le corps médical. Les médecins n'entendent pas les signaux d'alerte du burn-out. Ils passent outre et c'est uniquement quand l'état physique et/ou psychologique ne leur permet plus de travailler qu'ils demandent de l'aide. Attentifs à autrui, ils ont du mal à s'écouter eux-mêmes, et ce d'autant plus que la notion de dépression a mauvaise presse chez les médecins pour eux-mêmes. La connotation de faiblesse, de vulnérabilité voire de vexation est encore présente dans l'inconscient individuel et collectif du corps médical. Pour eux, consulter un psychiatre est loin d'être simple. Est-ce pour eux le témoin de la marque d'une faiblesse ? Cela les blesse-t-il dans leur orgueil ou leur narcissisme ? Ou bien cette difficulté à consulter un psy n'est-elle pas due à leur formation essentiellement centrée sur le somatique et les technosciences ? Mais peut-être que cela est en rapport avec le fait que personne ne se soit jamais suffisamment préoccupé de leur santé mentale au temps de leur sélection pour les études médicales.

Michaël Balint a popularisé et diffusé au sein du corps médical l'idée que le médecin lui-même avait une place et une fonction importante dans le traitement de la maladie. C'est lui qui a permis à beaucoup de médecins de prendre conscience de la dynamique relationnelle entre le médecin et le malade. S'il est une œuvre dont on peut s'inspirer pour comprendre la relation soignant-soigné, c'est bien la sienne. Comme il l'a si bien montré dans ses écrits, il faut savoir « se prescrire » mais, comme pour un médicament, il faut savoir respecter la posologie et ne pas dépasser la bonne dose. C'est « l'oubli » de cette juste mesure qui mène le médecin au burn-out. Sa relation à l'autre tombe malade et il (le médecin) devient lui-même malade de son métier et victime de son idéal. Les raisons de cette souffrance sont multiples et sont développées plus loin. Mais il est clair que nous assistons actuellement à une souffrance du corps médical qui peut surprendre par l'ampleur du phénomène et mérite surtout qu'on ose en parler. Il prend racine dans une évolution de nos valeurs sociales et dans une déshumanisation de la cité.

Ainsi, les origines du malaise sont de mieux en mieux identifiées : il s'agit d'un surmenage marqué des médecins qui doivent faire face à une charge psychique et physique importante et d'un rythme souvent inadapté à ce qu'exige un travail de contact, de patience, d'empathie et de réflexion. C'est aussi une activité vécue dans la solitude avec peu d'échange et bien peu de soutien.

Si l'on tente d'analyser la perception du travail et de l'identité professionnelle par les médecins salariés et libéraux, on se rend compte que tous témoignent d'un sentiment commun d'une perte de pouvoir et d'une altération de l'image de la profession sous la double pression des pouvoirs publics et des usagers.

Le rêve humaniste est mis à l'épreuve des réalités administratives et comptables. Le vécu de harcèlement par les caisses d'assurances maladies, l'angoisse du judiciaire et des malades, la position des politiques rendent la vie professionnelle pesante et préoccupante. Maintenir un équilibre harmonieux entre vie familiale, personnelle et vie professionnelle devient bien souvent une mission impossible. Pourtant, la passion reste souvent, le goût du métier aussi. Mais quand le burn-out s'installe de façon insidieuse et sournoise, le médecin a bien du mal à le reconnaître, à en parler, lui qui pourtant fait quotidiennement cela pour autrui.

Les conseils ne manquent pas pour pouvoir conserver une bonne qualité de vie au travail : être à l'écoute de soi-même pour mieux soigner les autres, éviter les autoprescriptions souvent mal adaptées, mais avoir, comme le suggèrent nos collègues dentistes néo-zélandais, un médecin traitant qui ne soit ni un ami ni un proche mais avec qui il est possible de parler afin de n'avoir jamais à l'utiliser comme médecin, développer des supports personnels et professionnels, ne pas hésiter à travailler la relation d'aide car soigner son prochain n'est pas tâche aisée, savoir demander de l'aide...

Il s'agit là de conseils bien utiles certes, mais qui reposent sur le fait de reconnaître en soi les signaux d'alerte pour agir rapidement. En effet, si le burn-out n'est pas une dépression mais, comme nous l'avons écrit plus haut, mais un trouble d'adaptation, il peut faire le lit d'un état dépressif. C'est pourquoi il est utile de mettre en place une vraie politique de dépistage du burn-out et de la dépression chez les médecins et probablement durant les études de médecine. Une telle politique pourrait inclure :

- de permettre aux futurs étudiants de prendre conscience de la distorsion possible entre leur vision idéalisée d'un métier certes magnifique et sa réalité quotidienne ;
- l'amélioration des aptitudes à la gestion des futurs praticiens ;
- de poser la question du risque à chaque action intentée par l'Ordre ou par un tiers contre un médecin, à chaque retard de paiement des cotisations dues ;
- de sensibiliser les groupes de FMC et tout le tissu associatif sur le problème du suicide, ainsi que sur l'aspect nécessaire d'une confraternité bien conduite, d'une solidarité humaine meilleure ;
- de l'instauration d'une véritable « médecine du travail des médecins », etc.

Il reste bien d'autres idées à imaginer et à mettre en œuvre par les facultés de médecine et les structures ordinales dans le cadre de programmes d'aide, de dépistage et de soutien afin de faire que le burn-out ne soit pas une crise désespérée mais une crise existentielle maturative (cf. chapitre 4).

Le burn-out s'étend aujourd'hui à toutes les professions médicales et paramédicales, mais aussi aux métiers à caractère relationnel : enseignants, magistrats, avocats, policiers, gendarmes, personnel pénitentiaire... La diffusion du

concept a permis l'identification des caractéristiques particulières de l'expression du burn-out selon les professions concernées.

Si la triade épuisement émotionnel-déshumanisation de la relation-diminution de l'accomplissement personnel est commune à toutes ces professions, chaque spécialité concernée se teinte d'une coloration différente à l'expression du phénomène.

Cette phénoménologie variable est en rapport avec les types de travail, les conditions et le statut social même de celui-ci ainsi que l'évolution de sa représentation par les médias.

Les chirurgiens-dentistes, par exemple, payent un lourd tribut au burn-out. Contrairement à une croyance populaire, c'est un corps professionnel à haut risque dépressif et suicidaire en lien avec un épuisement professionnel. Les organisations professionnelles et syndicales de chirurgiens-dentistes ont d'ailleurs mis en place des séances d'informations et de formations professionnelles pour prévenir les professionnels des risques spécifiques inhérents à ce métier.

Le « burn-out par ricochet » et le « burn-out par procuration »

Certains personnels administratifs ou auxiliaires travaillant dans des structures médicales peuvent vivre une situation analogue au burn-out par le biais de deux modes particuliers.

Le premier mode est ce que nous pourrions appeler un « **burn-out par ricochet** » : certains secrétariats médicaux peuvent subir par ricochet les secousses émotionnelles que vivent les soignants, venus s'épancher, se plaindre ou décharger leur agressivité auprès d'eux. Les secrétariats hospitaliers et médicaux ne sont pas directement en relation avec le malade et la maladie, mais ils vont vivre aussi à leur façon la dimension émotionnelle et humaine de ces événements de la vie. Ce sont eux qui saisissent les comptes rendus médicaux. Ils entrent ainsi dans l'histoire du sujet malade. C'est par ce biais qu'ils partagent des accidents de vie auxquels ils peuvent parfois s'identifier. Mais les secrétariats sont aussi des lieux de paroles particuliers où passent les soignants pour boire un café, demander des travaux, des renseignements, des services, pour se détendre et partager cet humour hospitalier si particulier. C'est là aussi que certains soignants viennent décharger leur agressivité, leur « ras-le-bol »... et les secrétaires écoutent, partagent, subissent...

Le second mode de burn-out du personnel non soignant est un « **burn-out par procuration** ». Il concerne là aussi, le personnel de secrétariat ou chargé des prises de rendez-vous. Du fait des échecs ou des insuffisances relationnelles du personnel soignant, ces personnes vont entendre le discours de patients souvent chargé d'émotions, parfois de plaintes. Le

burn-out par procuration met l'accent sur un dysfonctionnement grave de la pratique des soins. Il apparaît chez des personnes qui ont des fonctions dans l'organisation des soins aux patients : personnes chargées des prises de rendez-vous, de l'accueil, des dossiers administratifs, etc. Comme nous avons pu l'observer parfois, certains services ou médecins ne peuvent ou ne veulent pas prendre le temps d'écouter leur patient. Quand l'acte technique, même excellemment fait, est par trop déshumanisé, quand l'acte médical est réalisé sans parole, sans une considération suffisante pour la personne, il faut que l'émotion puisse se déverser quelque part. C'est alors les personnels administratifs qui reçoivent, malgré eux, des décharges émotionnelles excessives que les patients frustrés d'écoute viennent exprimer à l'occasion de leur démarche administrative.

Particularités de l'épuisement des aidants naturels

Décrits par les auteurs canadiens, d'autres personnes non professionnelles peuvent vivre des équivalents de burn-out. On appelle aidants naturels les personnes qui du fait des liens affectifs, familiaux, amicaux qu'ils ont développés avec une personne malade, vont occuper une fonction de relation d'aide alors qu'ils n'ont pas le statut de professionnels de santé. Ce sont par exemple les parents d'une personne âgée, d'un enfant handicapé ou malade chronique.

La médecine moderne a développé des techniques de soins ambulatoires et à domicile qui peuvent être confiés au malade et à ses proches. Les familles se sont vues confier des technologies médicales complexes : nutrition entérale ou parentérale, épuration extrarénale, soins de stomies, changement de certaines prothèses, ventilation à domicile. Celles-ci apportent un réel confort pour le malade et lui permettent surtout de rester dans son cadre familial et professionnel. Mais, si elles évitent au patient de séjourner à l'hôpital, elles transforment bien souvent le domicile sinon en hôpital en tout cas en infirmerie. Les proches doivent eux aussi adopter une position de soignants envers leur enfant, leur parent, leur conjoint. Or il est clair que la bonne distance relationnelle d'un soignant n'est pas la même que la distance affective, amoureuse ou amicale. C'est un bien étrange exercice que l'on demande aux aidants naturels, celui de passer de la position de proches à celle de soignants. On n'approche pas un corps malade comme on approche un corps aimé.

Or ces traitements peuvent durer très longtemps. La souffrance, l'angoisse, les difficultés matérielles et organisationnelles de la vie avec un grand malade peuvent user les proches et les mettre dans l'impossibilité d'accomplir ces tâches d'aidants. Eux aussi s'épuisent et n'arrivent plus à poser une juste mesure envers leur proche malade. Ils peuvent ainsi souffrir d'un burn-out.

Les conséquences les plus visibles sont la fatigue, l'exaspération, l'absence apparente d'humanité envers le malade ou la dévotion telle qu'elle en devient pathogène pour le malade et tout l'entourage. On peut voir apparaître l'émoussement des relations effectuées entre le malade et sa famille, des erreurs techniques et parfois même de la violence et de la maltraitance. Le burn-out des aidants naturels aboutit à la perte de dynamique relationnelle familiale qui est une source unique d'aide et de soutien au cours de la maladie tant pour le patient que pour les soignants.

C'est aux équipes médicales à prendre conscience du risque de burn-out des aidants naturels et d'anticiper l'usure. Il faut accompagner les aidants naturels et leur apporter un soutien émotionnel, mais aussi la possibilité de se décharger des soins pendant un temps (hospitalisation, lieu de répit, HAD, auxiliaire de vie, etc.). Il y a là un vaste champ de travail tant dans la prévention du burn-out des aidants naturels par une information et une formation des familles que dans le traitement du burn-out quand celui-ci est installé. Il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle rien n'est encore fait dans ce sens.

Le syndrome d'épuisement professionnel : un concept utile ? Un phénomène existentiel

Le syndrome d'épuisement professionnel, un concept utile ?

Le syndrome d'épuisement professionnel est indispensable en tant que modèle d'analyse d'une réalité psychosociale du retentissement de la fonction soignante chez l'individu. À ce titre, il concerne le médecin de santé publique, le médecin du travail, le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue et le sociologue, mais aussi les nombreux acteurs qui interviennent dans l'organisation de la vie au travail (patronat et syndicat).

Il permet aux soignants de pouvoir aborder leur souffrance au travail sans craindre d'être montré du doigt comme mauvais soignant ou comme soignant sans capacité de résistance aux stress. À ce titre, il concerne tous les cadres infirmiers et les personnes soucieuses de la formation professionnelle aux métiers de soignants y compris les médecins.

Ce concept est indispensable en tant que forme clinique de la pathologie du stress chronique. À ce titre, il élargit les notions classiques sur le stress et ses conséquences. Dans le cadre vaste du stress et de sa pathologie, il est **une forme de stress spécialisé**. Il définit un processus psychodynamique entrant dans la psychopathologie de la relation d'aide. À ce titre, c'est un concept intéressant pour le psychothérapeute et le psychologue clinicien. Enfin et surtout, il permet d'ouvrir un chapitre nouveau et trop souvent ignoré, celui de la relation d'aide et de sa psychopathologie. Il nous engage à réfléchir à cette dimension de l'acte médical. Comment l'aborder ? L'enseigner ? Comment préparer suffisamment les jeunes étudiants futurs soignants à ce type de relation ?

En conclusion, nous pensons devoir garder l'entité « syndrome d'épuisement professionnel » en considérant les éléments suivants :

- les symptômes importants sont de type troubles de l'humeur variables, avec un épuisement émotionnel et fatigue ;
- les symptômes sont essentiellement psychiques et comportementaux plus que physiques ;
- l'installation est progressive et due à de nombreux facteurs de stress professionnels ;

- ils surviennent :
 - chez des sujets normaux, indemnes de toutes pathologies psychologiques antérieures ;
 - engagés dans une relation d'aide ;
 - caractérisés par une altération de la qualité de la relation thérapeutique et en conséquence des performances au travail.

C'est un processus évolutif dont la psychopathologie est particulière et se situe au cœur de la fonction soignante.

L'hypothèse la plus intéressante est de considérer le syndrome d'épuisement professionnel des soignants comme un des aspects de la pathologie de la relation d'aide. **Quand la relation d'aide « tombe malade », la symptomatologie devient celle d'un burn-out.**

C'est pourquoi le *burnout syndrome* ne mérite d'être conservé que sous cet aspect et uniquement celui-là. **Son intérêt est bien celui de mettre l'accent sur la perte de la qualité de la relation à l'autre**, aspect insuffisamment enseigné dans la formation des soignants.

Le syndrome d'épuisement professionnel : un phénomène existentiel

Le SEPS est un concept intéressant et utile dans l'approche de la souffrance des soignants. L'analyse des différents aspects du syndrome nous a conduits à poser l'hypothèse qu'il est l'expression de **la pathologie et de la difficulté de la relation d'aide**.

Cependant, il semble se situer en permanence dans un « entre-deux » qu'il est important d'expliquer ici si l'on ne veut pas être renvoyé à notre critique de départ : le burn-out, un concept « fourre-tout ».

C'est en ayant clairement conscience de la manière dont ce syndrome nous a amené à passer d'un registre de pensée à un autre que nous pourrions en comprendre sa valeur.

Est-il l'identification de l'état final d'un soignant usé par son travail ou la description d'un processus psychopathologique ?

Freudenberger a initialement décrit des symptômes psychiatriques qu'il a rattachés au burn-out. Mais aucun de ces symptômes n'est spécifique. Quand le burn-out s'exprime par des symptômes, il s'agit de troubles anxieux, anxio-dépressifs, dépressifs, d'équivalents somatiques que les psychiatres savent reconnaître sans avoir besoin de recourir au terme d'« épuisement professionnel ». Le symptôme en psychiatrie est, comme l'indique son étymologie (*σύπτωμα*, « accident », « coïncidence »), un signe révélant une particularité de l'état psychoaffectif et du fonctionnement mental du sujet qui souffre. Le burn-out n'est pas un symptôme. Mais des symptômes peuvent manifester un burn-out. Le burn-out peut avoir comme état final

des manifestations psychiatriques. Mais c'est en tant que processus psychopathologique qu'il est intéressant à étudier.

Avec les travaux de Maslach et Jackson, l'avancée sur la définition semble se faire, mais en passant sur un tout autre registre. En décrivant un ensemble de trois items et en élaborant un autoquestionnaire étalonné, il a pu sembler que l'on arrivait à une objectivation d'un syndrome. Mais ces items ne sont pas les éléments d'une triade diagnostique ou d'un ensemble de critères dans l'esprit des classifications nosographiques DSM-III-R et suivantes et CIM-X. Les éléments (épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation, perte d'accomplissement de soi) n'existent pas toujours en même temps et ne sont pas tous nécessaires au diagnostic.

Nous ne sommes pas dans une nouvelle catégorie nosographique bien que la description tente d'en adopter l'apparence. Il n'est pas nécessaire de passer par une analyse en « extériorité » et d'en faire un cadre nosographique nouveau pour valider un mouvement psychique. C'est par une approche psychopathologique « de l'intérieur » que nous avons vu l'intérêt du burn-out. En analysant le syndrome de façon psychodynamique, nous en avons défini la valeur. La déshumanisation de la relation a une fonction défensive vis-à-vis de l'épuisement émotionnel. Pour se protéger de l'effet dévastateur des émotions qu'il ressent, le soignant prend des distances vis-à-vis de l'autre. Mais, en agissant ainsi, il se met en rupture avec un idéal qu'il s'était fixé : aider, soigner. C'est donc un **mouvement psychique** qui est décrit et reconnu dans le burn-out.

Mais le burn-out n'est-il qu'un phénomène psychopathologique ?

Ce n'est pas seulement des raisons psychologiques qui mènent au burn-out. Il n'est pas la description d'un mécanisme psychopathologique particulier. Le mouvement décrit fait appel à des phénomènes connus de la causalité psychique. **La particularité réside dans la question traitée (Goldenberg) : la relation d'aide** et les conditions d'exercice de celle-ci. Poser le problème de l'épuisement émotionnel des soignants, c'est reconnaître de façon non pathologique qu'ils sont des hommes et des femmes doués d'une sensibilité qui peut avoir des limites. C'est aussi mettre l'accent sur la violence des émotions qu'ils peuvent rencontrer. C'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes. Décrire la déshumanisation de la relation en termes de souffrance vécue permet d'ouvrir tout un champ de réflexion sur la dimension relationnelle de l'acte soignant et la difficulté d'être à la **bonne distance**. Évaluer le sentiment de perte de l'accomplissement de soi est plus qu'affirmer une position dépressive. C'est mettre en hypothèse qu'il existe dans la profession de soignant une recherche d'épanouissement dans la relation avec un être en souffrance.

En étudiant la problématique du burn-out, d'autres questions vont apparaître comme la difficulté de la relation d'aide, la confrontation avec la souffrance et la mort, les limites et le sens de l'existence. C'est pourquoi, si nous

considérons le syndrome d'épuisement professionnel des soignants comme d'abord une pathologie de la relation, il faut aussi l'envisager comme un **phénomène d'ordre existentiel**. Il se trouve à l'interface de nombreux domaines de pensée. C'est aussi en cela qu'il peut nous être utile. Il n'est pas formulé en termes de pathologie psychique ou psychiatrique parce qu'il n'en est pas une ; il évite de poser un diagnostic car il n'en est pas un. Grâce à cela, il respecte la déontologie et l'éthique médicale. Aucun individu n'a envie qu'on parle de ses difficultés en termes de pathologie ou d'anormalité. C'est pourquoi le concept a tant de popularité. En même temps, il apporte dans sa dimension existentielle une ouverture à la réflexion non seulement sur le fait d'être soignant mais tout simplement d'exister en tant qu'être humain.

Ainsi, la situation particulière de ce concept peut être un avantage important pour tous ceux qui osent aborder la problématique de la relation à autrui car il est un outil plein de ressource et respectueux de la personne.

5 Évaluation de l'épuisement professionnel

L'évaluation : objectifs et écueils

L'évaluation en sciences humaines est marquée d'une caractéristique commune à toutes les approches quantitatives d'un vécu, à savoir, la difficulté qu'il y a à quantifier du qualitatif mais aussi la nécessité de le faire. Comment objectiver par une ou plusieurs données chiffrées du subjectif ? Comment lire ces résultats sans risquer de perdre le sens de la question posée ?

Dans le domaine psychologique, les réserves et critiques à l'égard d'une observation psychologique quantifiée sont nombreuses : vision de l'individu et de son vécu trop réductrice, opposition de l'objectif au subjectif, précision du langage numérique incompatible avec l'imprécision inévitable voire souhaitable des observations psychologiques.

Malgré ces critiques, l'intérêt pour le quantitatif demeure évident. On tente de quantifier le qualitatif dans des domaines variés, ce qui permet de profiter de l'apport précieux des statistiques. Le concept de burn-out n'échappe pas au courant quantitatif et s'y inscrit même de façon originale puisque c'est à travers le travail d'élaboration de la première échelle d'évaluation destinée à l'appréhender quantitativement que s'est dégagée la structure tridimensionnelle du syndrome.

Que nous apporte l'évaluation quantitative d'un vécu subjectif ?

L'approche quantitative facilite le constat objectif d'observations cliniques et contribue ainsi à la reconnaissance du concept considéré.

L'évaluation quantitative implique l'élaboration d'outils méthodologiques fidèles, fiables, reproductibles et validés ainsi que des méthodes d'étude obéissant à la rigueur scientifique. L'élaboration de tels outils permet la mise en place d'études comparatives et la recherche de corrélations avec divers facteurs, notamment, dans le cadre du burn-out, avec ceux du stress.

L'évaluation permet enfin de rendre crédible des données aux yeux de ceux qui n'ont pas d'approche clinique et/ou personnelle du type de sujet considéré. Dans le cas du SEPS, cela pourra notamment encourager une prise de conscience chez les autorités de tutelle, ainsi que la nécessité d'obtenir des moyens de formation, d'information et d'évaluation nécessaires à toute action de prévention.

Approche quantitative du burn-out

L'intérêt d'une approche quantitative du burn-out est de permettre d'une part d'apprécier la présence ou non du syndrome dans une population ciblée (but : diagnostic) et de répondre aux objectifs cités plus hauts, d'autre part, par l'utilisation conjointe d'autres échelles, de rechercher les facteurs en cause dans le SEPS.

Les études comparatives permettent, par l'association de différentes échelles, de rechercher des corrélations entre facteurs spécifiques (conditions de travail, caractéristiques sociodémographiques) et épuisement professionnel. Ainsi, une échelle de burn-out est rarement utilisée seule, son association avec d'autres échelles se révélant plus riche en matière de recherche.

Le désir d'évaluer l'épuisement professionnel apparaît très tôt dans l'histoire du syndrome. On note là une particularité du burn-out : **le syndrome se dessine en même temps que s'élaborent des instruments de mesure.**

L'approche quantitative apparaît donc à la fois comme faisant partie intégrante de l'histoire du concept et de son développement, et comme le garant de son unité et de son sens en encourageant l'objectivation et l'évaluation du syndrome lui-même.

Instruments d'évaluation du *burnout syndrome*

De multiples instruments de diagnostic et d'évaluation du SEPS, destinés majoritairement aux professionnels de la santé et du travail social, ont été élaborés depuis la caractérisation du concept. D'autres outils d'évaluation ont également été créés afin de mesurer les modes de réponse que chacun choisit d'apporter selon son tempérament et la situation contextuelle. Ces réponses sont à comprendre comme étant des stratégies d'ajustement, ou *coping*, et sont classifiées grâce à ces échelles d'évaluation révélant, nous le verrons, des fonctionnements aussi variés que singuliers pour diminuer l'impact du stress (cf. « Les différents types d'attitudes constatées face au stress » au chapitre 7).

L'ensemble des outils est, selon sa valeur statistique et son champ d'application, classé en deux groupes : celui des méthodes quasi cliniques ou à validité statistique limitée, et celui des méthodes ayant fait l'objet d'une analyse statistique de données sur des populations appropriées et soumises à plusieurs études de validité.

Il s'agit dans le premier cas de méthodes d'évaluation dite « de portée restreinte » et, dans le second, des méthodes « à large portée » (Girault-Lidvan).

Les méthodes « de portée restreinte » consistent en des descriptions cliniques, des inventaires d'états psychologiques et de comportements liés au travail. Il s'agit d'instruments élaborés dans le cadre de recherches ponctuelles. Nous citerons pour exemples le *burnout questionnaire* de Freudenberger et Richelson et la *staff burnout scale for health professionals*

de Jones. Ces instruments privilégient l'individuel, centrant principalement leur évaluation sur l'état physique et psychologique du sujet. Les aspects organisationnels et relationnels (prise en compte des relations entre collègues de travail) inhérents à toute situation de travail se trouvent évacués au profit de la dimension individuelle.

Les méthodes d'évaluation « à large portée » sont surtout connues à travers deux échelles d'évaluation : le *Maslach Burnout Inventory* de Maslach et Jackson, communément nommé le MBI, et le *Burnout Measure* de Pines et Aronson, le BM. Ce dernier évalue surtout la composante « épuisement émotionnel » tandis que le MBI appréhende le SEPS dans ses trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation et la perte de sentiment d'accomplissement de soi.

Leur passation se fait sur le mode de l'autoévaluation.

Le *Burnout Measure*

Le BM se compose de vingt et une échelles parmi lesquelles quatre sont positivement connotées : « être heureux », « être optimiste », « être énergique » et « être satisfait de sa journée », tandis que les dix-sept autres sont négativement connotées : « sentiment d'être pris au piège » ou « anxieux », « fatigué », « déprimé »... Les réponses s'échelonnent selon la fréquence allant de 1 (« Jamais ») à 7 (« Toujours »).

Le BM apparaît bien corrélé avec plusieurs facteurs intéressants, tels que le degré de satisfaction au travail et dans la vie, l'autonomie et le feedback au travail, le taux de turn-over et la qualité du support social. De plus, il est fiable et simple à utiliser.

Le *Maslach Burnout Inventory*

Le MBI, dans son échelle définitive, se compose de vingt-deux items et de trois dimensions ou sous-échelles : l'épuisement émotionnel évalué à l'aide de neuf items (*Je me sens plein d'énergie, Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent*, par exemple) ; la déshumanisation évaluée à l'aide de cinq items (*Je ne fais pas vraiment attention à ce qui arrive à plusieurs de mes patients*, par exemple) ; enfin, l'accomplissement personnel évalué à l'aide de huit items (*J'ai accompli plusieurs choses utiles dans ce travail, Je résous avec efficacité les problèmes de mes patients*, par exemple).

À l'origine, il était demandé d'évaluer chaque item en fonction de deux critères :

- un critère de fréquence cotée de 0 à 6 (de « Jamais » à « Chaque jour ») ;
- un critère d'intensité cotée de 1 à 7 (de « Très peu » à « Énormément »).

Actuellement, compte tenu des fortes corrélations observées entre les deux évaluations, le critère d'intensité est abandonné par certains chercheurs. La version du MBI citée en annexe de l'ouvrage ne fait apparaître qu'une unique évaluation en termes de fréquence (traduction Fontaine) ;

cependant, certains auteurs soulignent « *qu'il peut être utile à des fins de recherche, de recourir à cette double évaluation, d'autant plus que le contexte professionnel implique un rythme d'activité irrégulier et imprévisible ; l'évaluation des symptômes selon leur intensité est dans ce cas plus pertinente et plus aisée que l'évaluation selon leur fréquence* » (Girault-Lidvan).

Un niveau élevé de burn-out se manifeste au travers des scores élevés sur les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation », associés à un score faible sur l'échelle « accomplissement personnel ». Chaque score est obtenu en sommant les valeurs (0 à 6 pour le critère de fréquence) attribuées à chaque item composant la sous-échelle considérée.

Un niveau modéré de burn-out se lira au travers des scores modérés sur chaque échelle. Ainsi, un niveau faible ou l'absence de burn-out, sera appréciable au travers des scores faibles sur les échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation » associés à un score élevé d'« accomplissement personnel ».

L'échelle MBI constitue actuellement le meilleur instrument d'évaluation du burn-out particulièrement auprès des professions d'aide.

Son utilisation en dehors du champ de ces professions nécessiterait quelques modifications, notamment dans la formulation des items. En changeant le terme de « malade » ou de « bénéficiaire » par celui de « collègue », comme on pourrait être tenté de le faire dans le cadre, par exemple, d'une étude ciblée sur le personnel administratif, on modifie le sens même de ce que l'on cherche à évaluer : les relations entre collègues de travail ne sont pas assimilables aux relations établies avec les patients dans le cadre d'une relation de soin. La relation d'aide, par ses dimensions de soutien et responsabilité vis-à-vis d'un individu en souffrance physique ou psychique est tout à fait singulière.

C'est, nous semble-t-il, dans ce cadre précis de relation d'aide que le concept de burn-out et par conséquent son instrument d'évaluation doivent se situer sous peine de perdre de leur sens profond.

Enfin, nous devons insister sur la nécessité de considérer de manière dynamique les résultats fournis par le MBI.

Les trois dimensions consécutives du burn-out ne sont pas les éléments d'une triade diagnostique dans l'esprit des classifications nosographiques de la psychiatrie quantitative. Leur présence simultanée chez un individu n'est pas nécessaire au diagnostic. Des scores élevés sur les échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation » sans abaissement notable du score « accomplissement personnel » peuvent par exemple témoigner d'un processus en cours d'installation contre lequel il convient pourtant d'agir.

On pourra d'autre part, dans une perspective psychodynamique, s'interroger sur la valeur défensive à conférer à la dimension déshumanisation de la relation en cas de score élevé, face à des scores modérés à faibles d'épuisement professionnel et d'accomplissement de soi. Pour se protéger de l'effet

destructeur des émotions qu'il ressent (lutter contre l'épuisement émotionnel), le soignant peut prendre de la distance vis-à-vis de l'autre mais, en agissant ainsi, il provoque une rupture avec son idéal professionnel, source d'une baisse inévitable d'accomplissement de soi.

Les échelles permettant l'étude des différents facteurs intervenant dans l'épuisement professionnel

Elles sont nombreuses et chacune orientée vers un but précis apportant sa contribution à l'analyse approfondie du burn-out. Certaines mesurent l'état de stress psychologique ou le stress professionnel, d'autres encore l'anxiété ou la dépression. On rencontre également des échelles portant sur les stressors sonores, la charge de travail, l'ambiguïté des rôles ou encore sur la hardiesse et le *coping*, comme par exemple le *Medical Professionnel Coping Inventory* adapté en français par Lidvan.

Ainsi, de nombreux outils permettent de valider le repérage du malaise de la profession de soignant en mesurant l'écart entre la motivation et l'insatisfaction au travail. Ils explorent de nouvelles stratégies d'adaptation qui, croisées avec les champs de l'action, de l'information ou de l'affectivité, permettent d'analyser de nouvelles dimensions de la personnalité. Ils apportent une méthodologie rigoureuse et nécessaire sans laquelle l'étude du syndrome serait en partie dépouillée ou critiquée pour son insuffisance de données épidémiologiques. Au niveau psychologique, ils rassurent en montrant que l'épuisement, s'il est étudié statistiquement, n'est pas une difficulté isolée mais au contraire répandue, quantifiable et partageable. En effet, ce syndrome peut évoluer et s'améliorer. Le soignant qui passe par cet état n'a donc pas à se culpabiliser — comme on l'observe parfois — mais peut l'analyser et le dépasser avec l'aide de son environnement professionnel et personnel.

Des résultats d'évaluation inquiétants

Il existe actuellement de très nombreuses études quantitatives concernant le burn-out du personnel soignant : aides-soignantes, infirmières, médecins, cadres aussi bien en service public qu'en libéral.

Les résultats sont tous très analogues. Le pourcentage de personnel en burn-out oscille entre 10 et 45 %, avec une moyenne autour de 25 %. Mais ce qui est le plus caractéristique c'est que près de 80 à 85 % des soignants interrogés restent passionnés par leur métier même s'ils ne peuvent plus le pratiquer.

Les enquêtes concernant les médecins et les chirurgiens-dentistes fournissent des chiffres très proches sur le burn-out et apportent un éclairage inquiétant concernant la détresse psychique de ces professionnels, qui

présentent un taux de dépression et de suicide supérieur à celui de la population générale.

Faut-il en conclure que le personnel de santé serait actuellement plus vulnérable que la population en général au regard des problèmes de santé mentale ? Nous nous garderons de donner trop vite des explications de ce phénomène. Il existe et, pour l'instant, nous le constatons. Il est à prendre en considération avec beaucoup de sérieux car il devient un véritable problème de santé publique.

Limites de l'évaluation

Une des questions essentielles quand on procède à l'étude du SEPS est de savoir ce que l'on mesure réellement. Les limites de l'évaluation du burn-out renvoient aux limites du concept lui-même. Les signes cliniques du syndrome recouvrent plusieurs champs diagnostiques : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, somatisations, troubles dépressifs. Mesurer l'épuisement professionnel revient indirectement à mesurer les symptômes précités.

Conclusion

Ainsi, en utilisant un outil d'évaluation du burn-out, l'objectif n'est pas de faire un dépistage psychiatrique de masse mais de repérer un aspect particulier de la souffrance au travail. Le MBI évalue un aspect de la souffrance des soignants dans une dimension existentielle qui n'est pas qu'une manifestation psychopathologique. Ce faisant, il met l'accent sur une dimension que nous ne trouvons nulle part ailleurs, celle de la déshumanisation de la relation qui donne toute sa valeur et son intérêt au syndrome d'épuisement professionnel des professions d'aide.

Nous noterons enfin l'importance des évaluations et leur nombre toujours croissant pour tendre vers une appréciation la plus fidèle du burn-out.

Nous retiendrons surtout le MBI et le BM dans les méthodes à large portée.

Dans les méthodes à portée restreinte, le *staff burnout scale* et le *Meier burnout assessment* sont également très efficaces pour cibler la satisfaction au travail.

Enfin, la hardiesse, en tant que trait de personnalité essentiel au *coping*, est à considérer comme fondamentale dans les réponses d'ajustement au stress. Nous reprendrons ce concept plus loin dans les stratégies d'adaptation (cf. chapitre 7).

Analyse descriptive des facteurs de stress à l'hôpital

Le secteur hospitalier est un lieu riche en échanges, notamment parce que se côtoie dans un même espace une multiplicité de métiers. Le soignant est placé dans des situations variées, parfois inattendues, souvent pénibles. Dans cet univers complexe, les facteurs de stress sont nombreux et variables. Quels sont ceux qui sont en jeu dans l'émergence du SEPS ? Les identifier, les reconnaître permettrait peut-être à l'individu et au groupe de prévenir leurs effets délétères.

Nous essayerons d'abord de savoir quelles sont les variables personnelles qui semblent corrélées avec le SEPS, pour ensuite aborder les deux facteurs qui **dans l'organisation du travail** ont une place particulière dans le burn-out.

Enfin seront analysés les facteurs liés aux **conditions de travail** et les **stresseurs environnementaux**.

Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive des facteurs de stress hospitaliers mais de ceux qui sont régulièrement retrouvés comme ayant une corrélation significative avec le SEPS dans les études françaises et internationales.

Les variables personnelles du sujet

Existe-t-il une personnalité ou des caractéristiques individuelles corrélées avec le syndrome d'épuisement professionnel ?

En posant cette question, le but recherché est de savoir s'il est possible de dégager un profil des professionnels de santé susceptibles de développer un épuisement professionnel. On conçoit l'intérêt d'un tel travail en particulier pour l'aide au recrutement, mais on aperçoit aussi les dangers et les risques de dérives possibles d'une telle sélection.

Dans ce groupe de facteurs, trois types de variables émergent. Ce sont des variables sociodémographiques, professionnelles (années d'expérience, formation...) et des variables relatives à la personnalité du sujet.

Les variables sociodémographiques

Il n'y a pas de corrélation entre l'épuisement professionnel et des variables sociodémographiques comme le sexe, l'état civil, la situation familiale et le nombre d'enfants. L'âge mérite une discussion particulière. Comme on pouvait s'y attendre, il semble exister une relation statistiquement significative entre l'âge et deux dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement

émotionnel et la déshumanisation de la relation. Les personnes plus jeunes sont plus vulnérables.

L'étude de C. Rodary et coll. met en évidence que les infirmier(e)s qui se plaignent d'une formation insuffisante, d'acharnement thérapeutique, d'une insuffisante préoccupation de la qualité de vie des malades sont en moyenne plus jeunes que les autres, alors que ce sont les plus âgées qui se plaignent d'un manque de soutien.

Ainsi, l'âge est un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de certaines dimensions de l'épuisement professionnel. C'est une indication précieuse pour les cadres et les responsables en ressources humaines pour leur permettre de prévoir les soutiens, les formations et les types de tutorats adaptés aux services. En effet, c'est dans des services réputés difficiles et exigeants que l'on va trouver des soignants jeunes et volontaires désireux de s'engager dans ce type de travail.

Les variables professionnelles

Les variables professionnelles considérées sont les titres, la formation, la fonction et le nombre d'années d'expérience. On ne peut retenir de corrélation entre ces variables et le burn-out¹. Ces résultats peuvent étonner dans la mesure où il serait licite de penser que tout ce qui concourt à apporter une formation et une expérience supplémentaire pourrait être un soutien face à l'épuisement professionnel. Mais le syndrome d'épuisement professionnel est multifactoriel. Si les résultats sont vérifiés par des travaux ultérieurs, il faut en conclure que les titres et l'expérience ne sont pas un garant d'une solidité face à l'épuisement professionnel dans la mesure où il s'agit d'un problème d'abord émotionnel et psychologique lié aux conditions de travail du soignant, et que les formations à visée préventive doivent être pensées en fonction d'une évaluation en situation.

Les stressseurs dus à l'organisation du travail

Les facteurs organisationnels pèsent en effet lourdement sur les soignants car leurs dysfonctionnements quotidiens et répétés deviennent règles de

-
1. Duquette, Kerouac et Beaudet (Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier: un examen critique d'études empiriques. Université de Montréal : Édition A. Duquette ; 1990) ont réalisé une étude critique sur l'épuisement professionnel. Ces auteurs n'ont retenu que les travaux réalisés avec une méthodologie fiable. Des quatre études retenues sur le thème « variables professionnelles », une seule (Bartz et Malony, 1986) réalisée auprès de cent vingt infirmières travaillant en unité de soins intensifs dans un grand centre médical militaire du Sud-Est des États-Unis trouve que la formation universitaire et le nombre d'années d'expérience sont reliés significativement avec l'épuisement professionnel. Les autres études ne permettent de tirer aucune conclusion.

travail sans qu'on tente d'y remédier. Deux facteurs émergent et méritent une attention : l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles.

« Par organisation du travail, il faut entendre, d'une part la division des tâches (aboutissant à la définition du mode opératoire) qui engage directement la question de l'intérêt et de l'ennui au travail, et, d'autre part, la division des hommes (hiérarchie, commandement et surveillance) qui engage directement les relations que les travailleurs établissent entre eux sur le terrain même du travail. » (Christophe Dejours).

L'interruption des tâches

Le travail des soignants se complique lorsqu'une fois la tâche planifiée celle-ci se voit interrompue pour une cause imprévue.

L'interruption d'une tâche est un phénomène tellement fréquent en milieu hospitalier qu'il est à peine considéré comme un dysfonctionnement. Pourtant, selon les services, les interruptions représentent 10 % à 25 % du nombre total d'actes² sur un temps court et sont suivies d'actes complémentaires induits. Les infirmières du matin sont plus particulièrement concernées que celles de nuit qui voient la parcellisation chuter, notamment pour des raisons d'équipe, les médecins étant moins nombreux donc moins sollicitants.

Celles qui travaillent dans des services « de pointe » sont également plus touchées, car l'introduction des nouvelles technologies semble avoir accru aussi la division du travail.

Les conséquences sont multiples :

- l'infirmière dérangée, s'oblige à un effort supplémentaire important de concentration dans la reprise de l'acte initial : la fatigabilité est donc la conséquence première. Les activités sérielles qui composent de plus en plus la trame de sa journée l'incitent à développer des stratégies mémorisantes et anticipatrices permanentes afin d'éviter la survenue d'accidents. La mobilisation est plus astreignante et complexe donc plus épuisante ;
- les récentes technologies et la complexité de certaines machines ne tolèrent aucun défaut de concentration. Les risques d'erreurs dues aux interruptions se voient multipliées, ce qui s'avère une deuxième conséquence possible. En revanche, un programme de travail qui serait suivi et cohérent allégerait les sollicitations de la mémoire immédiate ;
- le caractère éclaté du travail engendre inévitablement une insatisfaction, troisième conséquence prévisible de ce mode de fonctionnement. Il transforme la qualité relationnelle que le soignant développe avec ses malades en rompant un échange pour une urgence ou en l'inscrivant dans un propos rapide et superficiel qui frustre chacun des partenaires en question. L'aspect humain souvent gratifiant se voit amputé ;

2. Estryn-Behar M. Travailler à l'hôpital. Paris : Berger-Levrault ; 1989.

- enfin, l'absence d'organisation spécifique à cette situation donne le sentiment de ne pouvoir fonctionner de façon autonome et personnelle, le souhait et les demandes externes au soignant s'avérant chaque fois plus importants que les siens. Le libre arbitre, la libre gestion de son travail se trouvent soufflés par des impératifs qui posent la question d'une hiérarchie des tâches, laissant les siennes au dernier plan. Ses besoins, ses désirs, la non-reconnaissance de son fonctionnement, l'absence de temps augmentent son angoisse. L'interruption des tâches devient ainsi un lourd facteur de perturbation.

L'ambiguïté des rôles

L'ambiguïté des rôles, courante en milieu hospitalier, renvoie à la confusion faite entre deux fonctions obligeant une personne à assumer un rôle ne faisant pas partie de la définition de son poste. Elle endosse une responsabilité ponctuelle à laquelle elle n'est pas préparée qui modifie son activité et son statut mais également son identité puisqu'elle est reconnue à travers sa fonction laquelle mute ou évolue selon des besoins extérieurs aux siens. Placée dans cette situation forcément ambiguë, la difficulté à y faire face engendre du stress et ce d'autant plus fortement qu'elle se double fréquemment d'un non-dit.

Cette situation s'observe lorsqu'il manque du personnel : un infirmier brancarde un malade parce que son collègue aide-soignant est absent ou non joignable sur le champ alors que l'urgence de la situation l'incite à agir vite. La réalité médicale dans ce contexte peut apporter une souplesse chez celui qui dépanne, mais lorsque la situation se répète elle devient vite délétère.

La confusion des tâches s'observe également en lien étroit avec la difficulté à être à l'aise dans son professionnalisme notamment en confrontation avec des scénarios impliquants et éprouvants sur le plan psychologique. Ainsi, il est donné d'observer une infirmière révéler aux patients des pronostics trop lourds à dire par leurs collègues médecins. On a même vu des secrétaires médicales endosser la casquette du médecin en se livrant à la diffusion d'informations qui ne sont pas de leur ressort, mais dont on se décharge volontiers sur elles.

Lorsque le personnel se retrouve livré à lui-même dans une fonction qui ne lui appartient pas, comment peut-il solliciter un soutien ou une aide psychologique dès lors que ce n'est pas son choix de départ, dès lors qu'il y a acte d'autorité, dès lors qu'il n'est pas formé donc susceptible de commettre des erreurs qui lui seront peut-être reprochées par la suite, dès lors enfin que sa motivation professionnelle et son libre arbitre sont tenus pour nuls et non avenus ?

Plus le personnel perçoit son rôle comme ambigu, plus il est susceptible de rapporter des manifestations d'épuisement professionnel, le manque

d'égard et le manque de regard sur eux créant une souffrance à la mesure de la perversion du système de fonctionnement.

L'interruption des tâches comme la confusion des rôles sont des variables porteuses de situations conflictuelles. Sans vigilance, elles engendrent des perturbations organisationnelles complexes en agissant, d'une part, sur une problématique de la communication, d'autre part, sur une perte d'identité professionnelle.

L'organisation du travail implique la participation collective de tous les partenaires et l'adhésion volontaire de chacun à l'effort sans se laisser déborder par les pouvoirs hiérarchiques. La survie d'une équipe et sa productivité passent par la libre expression individuelle et toujours par des positions identitaires définies et reconnues donc non remises en cause comme c'est le cas dans la pratique du « bouche-trou ».

Les stressseurs dus aux conditions de travail

Les conditions de travail comme l'organisation du travail varient d'un lieu à un autre selon le type de spécialité du service et l'intérêt qu'y portent le chef de service lui-même et son cadre supérieur infirmier. Elles créent des situations qui ne sont jamais définitives tant ce monde du travail est en perpétuelle dynamique évolutive.

Ce chapitre va permettre de montrer comment et pourquoi une charge mentale du travail devient charge psychique. Ce qui touche l'affect est toujours sensible et complexe dans la mesure où tout un jeu d'interactions subjectives entre en ligne de compte. Elles sont souvent difficiles à dénouer et sont cependant les premiers mobiles qui induisent le choix d'une personne à se fixer sur le métier de soignant.

Nous aborderons, pour commencer, la relation d'aide, puis nous traiterons de la difficile question du soutien puisqu'en dépit du travail d'équipe, le soignant s'avère être relativement isolé dans sa fonction. Enfin, nous continuerons avec le problème des nouvelles technologies qui ont pris un essor soudain ces dernières années, et nous nous interrogerons sur le lien entre le burn-out et les pathologies médicales prises en charge : ont-elles réellement un impact sur l'épuisement professionnel ? Nous achèverons cette partie avec l'analyse des facteurs de stress physiques et environnementaux dont l'influence sur les conditions de travail parle d'elle-même.

La relation d'aide

La relation d'aide est l'un des fondements de la profession du soignant et apparaît souvent comme la motivation première du choix du métier. Il ne peut guère en effet y avoir de soin sans soutien moral. Écouter, soutenir, comprendre, rassurer sous-tend la relation d'aide et s'inscrit dans une tradition où l'affect prend sa place entre douleur physique et souffrance morale.

Sous les différents termes de relation thérapeutique, de relation médecin-malade, de relation soignant-soigné, la relation d'aide ne peut se mettre en place que parce qu'il existe un sujet demandeur de soin ou d'aide et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

Citons quelques auteurs qui donnent chacun leur définition.

C. Rogers parle de « *relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* ».

Pour Brammer, « *aider est un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci* ».

H. Lazure écrit : « *La relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants chez la personne aidée : traverser une épreuve, résoudre une situation de vie actuellement ou potentiellement problématique, trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et détecter le sens de l'existence.* »

Enfin, Travelbee considère la relation d'aide comme « *un processus d'ordre expérientiel, une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le malade ; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique* ».

Ces définitions tirées du livret d'accompagnement de la formation à la communication et la relation d'aide (CFCPH) reflètent les idées et les objectifs de la relation d'aide.

Dans son courant de sensations et de perceptions, la relation d'aide s'articule pour faire écran au tragique. Le soignant se bat au quotidien pour maintenir et améliorer la qualité de vie du malade, tout en s'enrichissant de l'autre. Il se confronte à la perte d'un malade, réagit aux diagnostics, s'oppose parfois au fatalisme, nie certaines évidences trop difficiles à accepter, construit sa personnalité sur un quotidien qui est une permanente remise en cause des certitudes. La relation d'aide est véritablement en soi une cause de stress qui prend toute sa place dans l'histoire du syndrome d'épuisement professionnel. Historiquement, elle a été posée comme une valeur morale éthique et humaine souvent accompagnée d'une dimension religieuse au sein des hôpitaux.

Aujourd'hui, elle est en passe de devenir une sorte d'idéologie nouvelle depuis la crise sociale qui semble avoir fait nôtre une solidarité particulière. Certaines personnes sensibilisées aux situations de précarité ont un engagement personnel qui les pousse à apporter leur contribution individuelle face à la solitude du malade.

La distance entre soignant et soigné

Les soignants engagés quotidiennement dans la relation d'aide savent que ce n'est ni facile ni très naturel d'établir en permanence une authenticité

relationnelle. Comprendre l'autre dans sa différence c'est admettre parfois de travailler dans l'inconnu et sans repères. Les transferts empathiques peuvent être mis à mal par des barrages culturels, des schémas de représentation générateurs d'angoisse, des figures anxiogènes réactivant un vécu personnel douloureux.

Construire une relation thérapeutique repose sur la « bonne » distance entre le soignant et le malade et s'inscrit dans un transfert où se joue une gamme de sentiments dans une interpénétration subtile entre sa subjectivité et celle de l'autre.

Cette distance est élastique et risque toujours de déborder les capacités de maîtrise du soignant. On ne peut, en effet, ni la figer ni la plaquer. C'est au soignant d'apprendre à se réajuster dans chaque rencontre au prix parfois d'expériences douloureuses. Chaque nouveau malade sera une nouvelle histoire relationnelle dans laquelle le soignant s'engage et s'expose en même temps.

Deux cas de figure à configuration extrême s'observent couramment.

Premier cas

Ceux qui s'impliquent massivement, qui collent aux situations jusqu'à la fusion : le malade est investi, choyé, aimé. Le soignant exprime clairement ses sentiments, se laisse déborder par les fonctionnements inconscients qui le gouvernent, revivant dans des projections et des identifications une autre histoire affective, la sienne. C'est ainsi qu'on peut entendre en gériatrie une soignante déclarer à propos d'une de ses malades : « *Plus tard je serai comme elle, seule..., sans famille... placée en long séjour* », ou encore : « *J'aime bien cette mamie, elle me fait penser à ma grand-mère.* » Si les mots ne sont pas lâchés, ils sont tellement pensés que cela revient au même.

L'épreuve du miroir est un piège répandu, surtout dans les débuts professionnels. Le soignant témoigne d'un attachement exclusif et excessif, hors de tout contrôle. Le Moi professionnel ne se différencie pas du Moi personnel et n'assume pas sa fonction protectrice. Les sentiments dominent le tableau ; il devient compliqué pour le soignant de faire la part des choses car le registre affectif gouverne le professionnalisme.

Sur le terrain, un tel comportement nous donne des soignants dévoués, à l'écoute de leurs patients, chaleureux et tendres, disponibles au maximum ou désolés de ne pouvoir l'être suffisamment, et, bien sûr, très appréciés et sollicités par les malades.

Ces mêmes soignants peuvent aussi exprimer dans un contre-transfert à la mesure de ce qu'a pu être leur transfert, des manifestations d'opposition ou des désaccords loin d'un professionnalisme le plus neutre possible. Le passage du « bon objet » au « mauvais objet » — au sens où M. Klein l'entend — définit leur fonctionnement. En effet, si on peut tout donner à un malade, pourquoi ne pourrait-on pas aussi tout lui ôter ?

Second cas

Le second cas de figure s'observe lorsque le SEPS en partie installé a modifié les comportements initiaux. Ce qui était un savoir-faire doté d'une capacité d'ajustement dans la manière d'entrer en relation avec le malade se trouve altéré par le stress, les expériences éprouvantes, la lassitude, les déceptions et les blessures internes et parce que le soignant a trop donné de lui-même. Ce savoir-faire, qui constitue « l'art d'être soignant », se transforme imperceptiblement et inéluctablement en une rigidité défensive. Dans ce cas-là, le soignant s'endurcit, non plus dans une relation distanciée mais en adoptant des attitudes d'une telle froideur parfois, d'un tel cynisme, que ses collègues vont jusqu'à lui jeter l'anathème. De proche qu'il était avec ses malades, motivé voire un peu familier, il devient apparemment insensible et presque inhumain. Il fuit l'équipe, aime être à l'écart. Il paraît démotivé, rompant inconsciemment le contrat psychologique qui le liait à son travail.

L'épuisement professionnel va jusqu'à modifier le comportement et des traits de caractère même du soignant jusque dans son intimité. Le métier reste-t-il alors encore possible dans ce cas-là ?

La juste distance, on le voit, n'est pas facile. Sa mise en place s'effectue sur le terrain dans un réajustement permanent. Les scénarios alimentés de fantasmes, de représentations liées aux histoires individuelles et de fonctionnements inconscients enveloppent chacun dans son professionnalisme et colorent indubitablement la relation d'aide. Souffrance, décès, processus d'identification au malade ont parfois raison de l'équilibre du soignant, mais peuvent se travailler car la coexistence entre désir et distance s'apprend.

La confrontation à la souffrance et à la mort

Plus de 70 % des personnes meurent à l'hôpital. Accompagner un patient lors de ses derniers moments de vie fait partie du rôle de l'infirmière, avec tous les problèmes psychologiques, administratifs et financiers qui s'y greffent. Et pourtant ! Aux yeux des malades, n'est-elle pas considérée comme inébranlable ?

La confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel, surtout si elle se double d'une difficulté à être reconnue dans la dimension de l'accompagnement. Les soins curatifs, le réconfort du patient et de ses proches, le sentiment parfois d'impuissance, même au travers de l'acharnement thérapeutique, l'âge du patient ou le caractère soudain du décès, déstabilisent et vulnérabilisent l'équipe soignante et médicale. Le travail de soin comporte donc une charge mentale et psychique élevée qui renvoie toujours l'individu à son seuil de tolérance et à sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles.

Que ressent l'aide-soignante quand, dans son nursing, elle constate que le geste fait pour le réconfort du malade devient cause de souffrance ? Comment supporte-t-elle la dégradation physique de son malade qui lui livre un corps de plus en plus cachectique et mutilé ? Au terme de cette

complicité établie au fil du temps, comme on l'observe en service de long séjour, la perte du patient est d'autant plus significative et le deuil d'autant plus difficile à vivre, qu'une communication profonde et durable s'était établie au cours de l'hospitalisation. Le deuil des soignants existe. Il faut le reconnaître comme tel. Existe-t-il suffisamment de groupes de parole et de soutien individuel pour aider les soignants à surmonter une telle disparition ? La disponibilité, la qualité et le temps passé aux soins ont privilégié leurs rapports et sont venus renforcer l'idée d'appartenance du malade au soignant qui en a la charge. Souvent l'écoute, l'empathie, la confiance ont enraciné les liens et fragilisé les limites de la distance. Le malade abandonné ou oublié à l'extérieur a pour seule famille le soignant qui finit par « oublier » que c'est normal de voir mourir celui qu'on a accompagné si longtemps.

La mort et la souffrance renvoient chacun à sa propre émotion mais aussi à celle des autres : la famille, lorsqu'elle est touchée dans son équilibre par l'épreuve de la maladie, engendre une angoisse qui s'avère un des sentiments les plus communicatifs qu'il soit. Ceux qu'on nomme les aidants naturels partagent aussi l'épuisement émotionnel des professionnels lorsqu'ils soutiennent bénévolement le moral d'un mourant. Le pronostic puis le « faire comme si » font craquer l'environnement proche, qui cherche refuge auprès de l'infirmière.

Parallèlement, l'espoir de cet environnement repose sur l'image d'une médecine toute-puissante à laquelle chacun s'accroche, déniaient une réalité trop dangereuse à affronter. À leur tour, médecins et soignants s'engouffrent dans leurs mécanismes de défense pour se protéger de l'ingérable. Les sentiments également viennent conjurer le mauvais sort créditant l'amour authentique d'un pouvoir protecteur. C'est ainsi qu'on entend : « *Mon fils ne peut pas mourir, on l'aime trop pour ça.* »

Dans sa détresse, l'appel au secours peut devenir harcelant et source de stress lorsqu'il est trop présent. Le soignant ressent de la culpabilité et du désespoir à assister, impuissant au malheur des autres.

Le manque de soutien

Repéré comme facteur de risque, le manque de soutien entretient le stress des soignants. Il correspond d'une part au fait de n'être pas suffisamment reconnu dans son travail, d'autre part au fait de ne pouvoir exprimer ouvertement les distorsions rythmant une pratique lorsque les conflits prennent le pas sur l'harmonie des liens et lorsque se cloisonnent les grades et les services.

Identifier ses difficultés et pouvoir échanger sur sa pratique minimise la sensation de surmenage. Toutes les enquêtes ergonomiques montrent les effets modérateurs du soutien sur le stress perçu. Les infirmières qui ont un soutien notamment de la part de leurs supérieurs obtiennent un score

faible d'épuisement professionnel. Le sentiment d'impuissance et d'échec lorsqu'il n'est pas exprimé provoque en effet, une terrible impression de fatalité qui pèse lourdement sur l'équipe.

L'urgence : une fausse bonne excuse pour éviter de réfléchir sur la pratique

Ne pas prendre le temps de s'arrêter n'offre aucune place au soutien dans la mesure où l'on reporte toujours à plus tard le moment où l'on pourra parler de soi. Agir toujours plus vite s'inscrit dans un processus d'immédiateté qui régit en loi d'urgence le travail quotidien, avec des impératifs de soin qui dominent et deviennent vite un mécanisme comportemental défensif, évitant aux soignants de s'interroger finalement sur leur pratique professionnelle : « *Nous, on n'a pas le temps de faire de la réunionnite* » est souvent pris comme un prétexte — qui rend inconsciemment service, ce qui n'exclut pas la réalité de la charge mentale du travail — et prive les soignants d'un espace de parole qui lèverait le voile sur leur angoisse latente et refoulée. Le paradoxe s'inscrit là puisque le soignant fait le jeu de l'institution en se mettant dans la situation extrême de ne pouvoir être entendu : il s'engage dans le piège du « tout, tout de suite », demande cependant un soutien mais se met parallèlement en situation de n'en pas avoir. Si le rythme des exigences augmente en même temps qu'il se heurte aux limites du dialogue, le dévouement s'épuisera rapidement.

S'arrêter pour réfléchir n'est jamais un luxe ni une perte de temps mais permet au contraire de donner du sens dans l'ère de l'exécutif rapide qui institutionnalise un savoir-faire sans mots. Inversement, la non-expression dans ou hors réunion et l'absence d'échanges faute de temps usent et perturbent.

Le cloisonnement

Le soutien s'avère également souhaitable lorsque l'équipe se cloisonne, instaurant des liens hiérarchiques entre grades dans lequel chacun s'isole. De l'agent hospitalier au cadre infirmier, la communication en rupture repose sur des non-dits et des enjeux de pouvoir qui n'améliorent en rien les conditions d'entente et de travail mais donne au stress un rôle prédominant générateur d'isolement et d'includence³. On s'inscrit dans un processus organisationnel et relationnel défectueux qui n'est pas interrogé et qui contribue à l'épuisement de chacun.

En haut de cette pyramide, le cadre infirmier, placé dans une position charnière entre direction et équipe, se heurte aux résistances d'une équipe divisée qui freine son management. Privé du soutien de l'équipe et mis en

3. Includence : terme de Tellenbach ; sentiment d'être débordé par son travail et de n'avoir pas suffisamment de temps pour l'accomplir, d'en être conscient et de poursuivre malgré tout celui-ci.

difficulté dans sa médiation avec la direction, il s'use à diriger ses collègues dans une ambiance lourde, tandis que les agents qualifiés et diplômés se démotivent ou cherchent leur compensation à travers la reconnaissance isolée du malade.

La loi du silence

La loi du silence est aussi une « loi » qui régit le monde des soignants. Le monde hospitalier fonctionne sur cette loi, obligeant le soignant à s'engager et à se mobiliser entièrement (« *tout doit être fait pour le malade* ») sans qu'il puisse remettre en cause le caractère technique, organisationnel et idéologique de la profession. Initialement, cette loi s'étaye sur la nécessité d'avoir à tenir le secret médical, puis elle a évolué vers des fins aux objectifs sous-jacents plus complexes, tels que l'interdiction de se plaindre, la dissimulation de certaines pratiques ou la possibilité d'éluder certaines questions embarrassantes.

Si la pratique des soignants se fait dans le silence et si elle permet de fuir certaines situations ingérables psychologiquement, elle enferme cependant ces mêmes soignants dans une solitude qui peut s'avérer lourde. En règle générale, ils parlent peu de leurs difficultés mais également écrivent peu.

La règle en vigueur est la parole du malade, pas la leur. On observe encore trop souvent que c'est une loi du silence qui règne autour des personnes en fin de vie. Il est soigneusement évité de formuler clairement que telle personne risque de mourir ou qu'une issue fatale s'annonce prochainement. Ce sont des paroles difficiles à prononcer mais les conséquences de telles attitudes sont encore plus douloureuses pour chacun et délétères pour une équipe.

La mort est silencieuse, le fonctionnement l'est également, la gestion du vide limite la transparence et économise le travail du deuil sans permettre une métabolisation des décès. Enfin, le monde du silence c'est aussi l'impasse verbale sur la violence. On assiste à une montée de la violence : insultes grossières, coups et violences physiques diverses (46 %), tentatives de viols ou viols (16 %)⁴, qui viennent principalement des malades ou du public qui transite dans le lieu public que représente l'hôpital, mais c'est aussi, malheureusement, une violence moins attendue, comme celle de ce médecin chirurgien stressé « *qui expédie son scalpel à travers le bloc opératoire et blesse une infirmière à la poitrine* »⁵. L'évaluation de la violence est difficile à quantifier mais de plus en plus à l'ordre du jour.

Une recherche sur le travail de nuit réalisée en 1989 en France révèle que 59 % du personnel ne se sent pas en sécurité dans l'hôpital. Une autre effectuée par Chantal Rodary souligne qu'un quart, au moins, des infirmières

4. L'infirmière magazine, décembre 1993 ; 78 : 26-34.

5. Face à la violence. L'infirmière magazine, décembre 1993 ; 78 : 4-5.

interrogées éprouvent une « peur physique » (enquête sur l'hôpital Kremlin-Bicêtre et l'institut Gustave-Roussy)⁶. En réaction à cette peur se mettent en place des protections sauvages et inadaptées et des transgressions des consignes de sécurité, comme celle par exemple de verrouiller l'issue de secours d'un service par crainte d'une intrusion.

Le soutien aux soignants doit passer aussi par sa protection physique.

Les situations conflictuelles

Les conflits ont toujours fait partie du monde relationnel. S'opposer pour se positionner et pour s'affirmer ou pour défendre un intérêt ou un idéal est dans l'ordre des choses. Si la communication passe par l'absorption des conflits d'expression, ces derniers représentent une des sources les plus constantes de fatigue et d'épuisement. Ils absorbent une énergie physique et psychique considérable souvent plus importante que le travail technique lui-même.

En milieu hospitalier, les situations conflictuelles sont inhérentes au système de vie. Les soignants travaillent ensemble et multiplient les liens entre collègues mais ne partagent pas forcément la même pratique avec d'autres professionnels qui, parfois, se cloisonnent dans leur fonction, et avec des malades qui viennent d'univers variables.

Le fonctionnement régi sur un mode affectif et émotionnel est donc en plus pourvoyeur d'oppositions latentes.

Cependant, d'autres types de conflits rattachés au dysfonctionnement institutionnel et organisationnel sont observables.

Il est habituel d'entendre négocier l'augmentation d'effectif ou l'amélioration des locaux dans un dialogue tendu où chacun défend ses intérêts, comme c'est le cas entre la direction de l'hôpital et un chef de service. Le premier tente de sauver son budget, le second ses malades en revendiquant des moyens supplémentaires.

Dans les services, le clivage médecin/infirmière est une autre source de tension. Il n'existe pas partout mais, lorsque c'est le cas, le manque de concertation dans la prise de décision médicale ainsi que les incertitudes des infirmières dépossédées d'informations suffisantes pour ensuite gérer la relation avec leur malade donnent naissance à des oppositions majeures.

Le fantasme naît de l'inconnu et s'exprime de façon beaucoup plus anxiogène qu'une réalité même douloureuse mais qui comprendrait toutes les données pour ensuite y réfléchir et s'ajuster. Rien n'est pire que l'absence d'associations qui provoque un sentiment d'exclusion et ne reconnaît pas l'autre.

Une parole qui ne passe pas, c'est un conflit qui devient larvé et une tension qui éclatera après compilation de facteurs stressants. On demande

6. Rodary et coll. Stress et épuisement professionnel. Objectif soins 1993 ; 16 : 26-34.

au soignant son avis, mais le prend-on suffisamment en compte ? Est-il en position d'être réellement acteur de son métier ?

On sait maintenant que les conflits entre collègues et entre corps de métier sont des facteurs d'épuisement professionnel plus importants que l'accompagnement des malades. Ils sont d'ailleurs très bien corrélés avec l'épuisement professionnel testé dans l'échelle du MBI. Travailler dans une mauvaise ambiance est en effet un indice de charge psychique. Lorsqu'il est cumulé avec un travail haché, une absence de soutien, une disparité entre le travail réel et prescrit et un manque d'égard ou de gratification, il construit l'angoisse et déstabilise le soignant.

Le manque d'échange

L'échange est un moment précieux malheureusement souvent réduit ou volé.

Que ce soit l'urgence du travail, le cloisonnement entre services ou entre professions ou encore la violence sous toutes ses formes, le soignant est trop souvent confronté à sa solitude et n'est pas suffisamment entendu dans ses vicissitudes. Le manque de soutien est un agent stressant si la parole ne trouve pas sa place. Un espace de parole en équipe ou avec le malade ne peut que favoriser la qualité de la prise en charge et alléger la charge psychique des soignants.

En 1990, l'observation ergonomique menée par Estryn-Béhar et Fouillot dans dix services d'établissements de soins de la région parisienne, a révélé que si les conversations étaient nombreuses, en revanche elles étaient brèves. Seulement 6 % d'entre elles dépassaient les deux minutes. Il paraît compliqué de se livrer à une écoute avec un temps d'échange réduit le plus souvent à la formule de politesse ou à des consignes dépourvues d'explications.

Lorsque l'infirmière entre dans la chambre du malade, elle connaît des moments privilégiés avec lui qui sont encore des situations propices aux échanges.

L'aide à l'alimentation est un temps au cours duquel se tissent et se renforcent les liens, notamment en gériatrie ou en pédiatrie. Or une enquête montre qu'en long séjour, alors que de nombreux patients ne peuvent se nourrir seuls, l'infirmière ne leur accorde jamais plus de trois minutes ! (1 minute 20 secondes en moyenne : enquête de novembre 1988 de M. Estryn-Béhar.) En médecine de jour, l'aide-soignante peut consacrer jusqu'à cinq minutes pour faire manger certains malades. En pédiatrie, en revanche l'aide est respectée. L'explication est simple : la durée de soin ou de nursing se raccourcit lorsque le nombre de soins augmente et que les effectifs restent insuffisants. Non seulement l'échange perd en qualité, mais ce temps de repas qui est une occasion de saisir un état dépressif, exprimé par exemple par une perte d'appétit, n'est plus enregistrable.

La distribution de médicaments qui incombe aux infirmières est un deuxième temps propice à l'échange. Il permet, en outre, de réexpliquer au malade des indications mal intégrées fournies par le médecin. En réalité, elles restent, en moyenne plus d'une minute sauf en gériatrie où rien ne se transmet, les traitements ne variant guère, et en cardiologie qui est un type de service au fonctionnement extrêmement rapide.

La surveillance des constantes (température, pulsations, pression artérielle, ventilation, diurèse...) revient à la fois aux infirmières et aux aides-soignantes. Le patient est souvent désireux de connaître et de commenter les résultats ou de bavarder, notamment le matin lors de la prise de température qui est souvent le premier contact de la journée. Une fois encore, pressées par le temps, elles organisent la tournée des thermomètres en un temps record et laissent peu de place à l'échange.

Le temps de conversation avec les malades ou entre membres d'une même équipe est considéré comme secondaire par rapport aux autres soins. On s'en tient à l'indispensable. Qu'en est-il d'une profession qui dispense ses soins en oubliant qu'un malade est avant tout une personne qui, plus que n'importe qui d'autre, recherche le contact et le soutien moral ?

Que devient la motivation du soignant qui a choisi de travailler en milieu hospitalier pour la technique de soin mais aussi pour sa qualité relationnelle et qui se voit de plus en plus parasité par des obligations parallèles qui rendent impossible l'exercice de la relation humaine ?

La technologie : un progrès et un risque

La souffrance occasionnée par le travail oblige l'infirmière à mettre en place des réponses qui reconnaissent ses limites, en particulier celle d'admettre qu'elle ne travaille pas dans une médecine toujours gagnante.

Les nouvelles technologies ont paradoxalement contribué à développer une culpabilité née de l'échec de guérison dans un contexte médical fantasmé omnipotent. Elles ont, en même temps, apporté un soulagement en défiant les morts annoncées lors de diagnostics pessimistes. Elles ont progressivement remplacé certaines aptitudes manuelles au profit d'aptitudes intellectuelles complexes, dépossédant d'anciennes infirmières de leur savoir-faire traditionnel inadapté, les remettant en cause ou les faisant douter quant à leurs capacités à se remettre à niveau. Mais elles ont également développé de nouvelles responsabilités en élargissant leurs compétences et en leur reconnaissant un pouvoir nouveau.

Dans une équipe se pose toujours à un moment donné la question de la fiabilité réelle ou imaginaire de l'équipement lorsque se vit un décès particulièrement douloureux. De bon objet dont était investie la machine, elle se retourne en mauvais objet inopérant quand elle ne permet pas aux soignants et aux médecins de se sentir infaillibles. La confiance en une « super-machine » salvatrice est affaiblie, ce qui pose le problème de l'acharnement

thérapeutique et soulève la question éthique pour parfois faire naître une crise d'identité professionnelle stressante. Les nouvelles techniques contribuent, si l'on n'est pas vigilant, à détourner une logique de vie et de mort au profit d'un fantasme de toute puissance.

L'impact des pathologies sur le niveau d'épuisement professionnel

À première vue, le type d'unité et donc de pathologie pourrait être une variable importante dans l'apparition du burn-out, mais le manque de précision des études à ce sujet laisse libre toute interprétation. On imagine volontiers que la charge émotionnelle d'un service de médecine orienté sur les maladies infectieuses puisse être supérieure à celle d'une maternité, qu'en gériatrie et en pédiatrie la charge psychique soit plus lourde qu'en médecine générale. L'impact des pathologies est un facteur parmi d'autres qui pousse à l'épuisement :

- **en moyen et long séjour**, les comportements souvent perturbés des personnes âgées (démence, Alzheimer, etc.) modifie l'échange habituel soignant-soigné et sature parfois l'infirmière. La perception négative de son rôle lorsqu'elle repose sur une vision du soin vécu comme ni responsabilisant ni varié, les effectifs insuffisants, les fréquents décès, les corps dégradés, les réactions souvent régressives, le manque de moyens ou les locaux quelques fois trop anciens, font parfois naître une désillusion du métier, provoquent un sentiment de dépression, un rejet et une remise en cause de la profession. Certains choisissent pourtant d'eux-mêmes d'y travailler, parce qu'« *en fin de carrière, c'est moins fatigant* », d'autres parce que leur sentiment réel de compassion trouve matière à s'exprimer, d'autres encore parce qu'ils espèrent contribuer à l'amélioration des conditions de travail d'un lieu « *où il y a tout à développer* ». Eux aussi, malgré tout, peuvent développer un jour un burn-out car les conditions de travail sont reconnues difficiles ;

- **au service des urgences**, le rythme de travail favorise une certaine accumulation de stress qui aboutit parfois également à l'épuisement. La population « hyperréaliste » (Lidvan) produit parfois de la violence physique et morale. On travaille en situation de crise, toujours le plus rapidement possible, faisant face aux aspects émotifs et curatifs dans une relation qui reste éphémère. On est confronté à des soins complexes et polyvalents qui engagent profondément le soignant, lui demandant une adaptabilité maximale. Le taux de turn-over et d'absentéisme est considéré comme relativement élevé dans ce type de service ;

- **l'oncologie, les services infectieux, la réanimation**, renvoient les soignants à des pathologies parfois incurables. La lourdeur des maladies retentit diversement sur chacun et colore les relations d'un potentiel d'investissement plus ou moins pesant selon l'acceptation de la situation. Les non-dits sur la mort, l'optimisme affiché, la peur de la contamination

par des agents infectieux connus ou nouveaux (VIH, virus Ebola, etc.), la souffrance des malades ou les deuils, enfin le poids de la famille poussent quelques fois les infirmières à se retrancher derrière la technicité pour faire écran aux émotions débordantes.

Une étude menée en 1983 par M. Estry-Behar en service de réanimation hépatodigestive a permis d'analyser les éléments de l'angoisse liée à ce type de pathologies. La pénibilité des soins y est réelle, entretenue par l'odeur, la vision, le toucher et l'audition, des sens plus souvent stimulés qu'ailleurs. En effet, les hémorragies digestives, fréquentes dans ce service, ont une odeur particulière. Le soignant doit prendre sur lui pour prodiguer les soins. Certains soignants ressentent après le travail du dégoût alimentaire, l'odeur du malade les poursuivant. La vision d'une dégradation physique est commune à de nombreux services. Dans celui-ci, l'insoutenable porte quelquefois sur la couleur de la peau qui vire ou donne un « aspect cadavérique » annonçant la proximité de la mort et nécessitant des soins d'hygiène élémentaires fréquents : nettoyage des hématémèses, soins de bouche complet afin d'éviter l'obstruction par les caillots de sang des voies aériennes supérieures, pansements d'escarres...

Les services de soins curatifs obligent en général les infirmières à plus de stratégies de *coping* que leurs collègues travaillant en unités de soins palliatifs.

Paradoxalement, les infirmières de ces unités semblent se plaindre moins souvent d'épuisement professionnel. Ceci reposerait sur le fait qu'elles bénéficient presque toujours de groupes de parole institutionnalisés et qu'elles forment une équipe plus soudée qu'ailleurs. Le contenu même de leur fonction, par l'accompagnement et le soutien que cela implique, leur permet, enfin, de développer une meilleure dynamique de réparation que leurs collègues.

En réalité, chaque service connaît son lot de problèmes, de difficultés à communiquer, de périodes de crise, et vit des épisodes de découragement, ce qui nous oblige à nous en tenir ici à une liste qui ne peut pas être exhaustive. Dans tous les services, on rencontre des médecins et des soignants en perpétuel réajustement tant sur le plan psychologique qu'affectif ou organisationnel. La pression mentale et physique ainsi que les contraintes du métier les obligent tous à mettre en place des stratégies de défense indispensables à leur équilibre.

Les stressseurs environnementaux

L'analyse des conditions de travail et de l'organisation du travail ne saurait être complète sans une réflexion ergonomique autour de l'environnement professionnel du soignant. Cette partie porte autant sur la charge mentale⁷

7. Charge mentale : désigne l'astreinte relative au travail mental dans sa dimension psychosensorielle et cognitive.

et physique que sur la charge psychique⁸ : c'est pourquoi nous avons tenu à en faire un paragraphe à part entière.

Érigés en système des « 5 M » : Milieu, Matières premières, Matériel, Méthodes de travail, Main-d'œuvre, les stressseurs environnementaux trouvent en partie leur explication dans ces paramètres interrogeables comme suit :

- L'environnement est-il sain ?
- Les matières premières utilisées engendrent-elles des effets secondaires indésirables ?
- Les équipements sont-ils adaptés ?
- Quelles sont les méthodes de travail appliquées ?
- Le personnel est-il en nombre suffisant et qualifié par rapport au poste occupé ?

Le diagramme cause-effet s'avérant efficace dans son approche méthodologique pour identifier un problème, nous allons donc reprendre chaque « M » et appréhender leur impact sur le burn-out.

Le milieu

Il ne peut y avoir de politique de prévention du stress professionnel sans une réelle volonté de réflexion sur les conditions d'aménagement du lieu de travail. Le milieu regroupe tous les éléments sensoriels qui construisent une ambiance (température, éclairage, aération et espace, intensité sonore) ainsi que l'organisation architecturale du service.

Travailler dans un milieu de qualité relève en partie de la responsabilité institutionnelle qui a toujours le choix de l'éviter ou de l'assumer. C'est ainsi que d'importants travaux ont été réalisés ces dernières années pour aménager les locaux. La création de grands services comprenant un nombre important de chambres individuelles a nettement amélioré le confort des malades et rendu plus harmonieux l'environnement des équipes soignantes. Cela a peut-être accru, par contre, les déplacements, avec pour conséquence un raccourcissement du temps de soin préjudiciable aux patients — souvent, de plus, poste de soin ou office sont restés excentrés. Cette réduction des moments passés au lit du malade est toujours mal vécue par le personnel hospitalier.

En plus de la fatigue occasionnée par les longs couloirs, les difficultés qu'ont les agents à assurer l'entretien de chambres trop exigües, les hôpitaux d'architecture pavillonnaire qui obligent les brancardiers à slalomer entre les voitures et les ambulances, parfois dans le froid et sous la pluie sont des situations dont l'amélioration peut alléger la charge physique du travail.

8. Charge psychique : mauvaise adéquation entre l'organisation du travail et l'individu, ce qui génère une souffrance mentale.

Les pièces où se déroulent les transmissions sont également souvent petites (11 m² en moyenne). Certaines ne comportent pas un siège par personne. Bousculades et nombre important de conversations concomitantes dans cet espace peuvent entraîner de l'irritabilité et donc des erreurs.

Le niveau sonore réglementé par les normes internationales franchit la cote d'alerte avec risque de troubles auditifs au-delà de 85 dB. Or, dans un poste de soin, on entend parfois jusqu'à plus de vingt sonneurs différents, entre l'oxymètre de pouls, les données du scope, le pousse-seringue, laissant présager un bruit tel qu'il peut nuire à la performance intellectuelle et engendrer du stress.

Les services, de par leur spécificité, n'offrent pas d'identiques conditions d'espace, de température et d'éclairage. Travailler comme panseuse implique un lieu clos, frais pour elle, trop chaud pour le chirurgien, en éclairage électrique constant. Les blocs opératoires entretiennent l'idée d'une intemporalité sans repères. Prodiguier en service de néonatalité des soins à un nourrisson en se penchant sur une table radiante, est encore un autre facteur de pénibilité physique qu'il faut pouvoir supporter sans espoir de remède côté chaleur.

Nombreux sont les exemples de stress au cours de l'exercice professionnel qui abaissent significativement la qualité du milieu ambiant. Le milieu s'inscrit dans la liste des critères ergonomiques retenus comme dysfonctionnels dès lors que les conditions physiques, biologiques ou chimiques, mais aussi d'hygiène et de sécurité, se révèlent non appropriées.

C'est pourquoi nous concluons par l'enquête réalisée en mai 1995 sur les questions et les résultats portant sur les conditions de travail⁹ : « *Les contraintes d'ambiance physique sont ressenties par beaucoup comme des inconvénients : la lumière artificielle 55 % (jusqu'à 71 % pour les infirmières), le bruit 50 %, la chaleur 44 %, les odeurs 43 %.* » La répartition des nuisances est variable selon les catégories, mais toutes les subissent.

Les matières premières

Les produits de portée hygiénique, tels que le sérum, l'éther, le coton, les gants de protection à usage unique constituent les matières premières des soignants.

Utilisés pour la désinfection et la prophylaxie, ces produits de base indispensables dans la pratique quotidienne font partie pourtant des stresseurs environnementaux pour leurs utilisateurs. La désorganisation d'un service commence, en effet, par le petit matériel : ou bien, il est stocké en nombre insuffisant et ce manque témoigne de la mauvaise gestion budgétaire du cadre ; ou bien, il n'est pas à sa place et il oblige le personnel à se déplacer

9. Enquête réalisée par l'AP-HP parue dans Informations sur les ressources humaines à l'hôpital 1996 ; 10.

d'un bout à l'autre du couloir et à morceler sa tâche. Une des souffrances de l'infirmière repose sur l'obligation qu'elle a de devoir toujours quémander son matériel de travail et s'aménager des lieux de rangement dans des placards trop exigus.

Le stress le plus épuisant est le stress régulier, répétitif ou permanent.

Un autre effet de ces produits s'observe de plus en plus ces dernières années et remet fondamentalement en cause l'avenir professionnel du soignant puisqu'il prend la forme d'allergies multiples. C'est le cas notamment de l'allergie aux gants en latex qui se montre rebelle à tout traitement si ce n'est l'évitement du port et du toucher.

D'autres produits comme des solvants, des antimitotiques, des anesthésiques volatils, des antibiotiques, des antiseptiques et des désinfectants exposent aussi les soignants à des risques inattendus puisque ces stressors spécifiques ont un retentissement variant selon l'âge, le temps d'exposition, voire l'état émotionnel de la personne.

Dans l'enquête de l'AP-HP citée plus haut (cf. « Le milieu »), nous pouvons lire : *« Les risques majeurs présents sont les risques infectieux pour 53 % des répondants (jusqu'à 77 % des infirmières), les produits toxiques pour 31 % et les rayonnements ionisants pour 15 %. »*

Le matériel

Dans sa non-conformité ou sa dangerosité, il est un agent stressant, jouant un rôle dans l'épuisement professionnel du soignant. Le matériel est perçu à travers la sécurité, les postures, la charge physique considérable se rajoutant aux charges mentale et psychique.

Dans une enquête de l'AP-HP effectuée en novembre 1996 sur l'organisation et les conditions de travail, les risques professionnels portent sur les postures pénibles pour 69 % des infirmières, sur le port de charges trop lourdes, de 20 à 50 kg, pour 41 % des soignants, et sur les contraintes physiques comme les stations prolongées debout et les longues déambulations pour 82 % des infirmières. La station debout est le lot de tous les soignants, mais cette astreinte peut être allégée avec un matériel adéquat. Ainsi, le lit à hauteur variable devrait être généralisé, de même que le matériel de manutention comme le lève-malade, par exemple.

En moyen et long séjour, le personnel se plaint majoritairement des conditions matérielles insuffisantes. Enfant pauvre du monde hospitalier, ce service est meublé souvent de façon vétuste, les locaux sont déprimants, l'équipement indisponible ou inadéquat. L'ensemble aggrave la perception négative des conditions de vie au travail, alors que sur le plan psychologique, les comportements perturbés des personnes âgées et la confrontation à la mort sont en soi des paramètres déjà extrêmement fragilisants pour les soignants.

Dans d'autres services comme la radiothérapie, la machine, dangereuse dans son usage, expose le soignant à des risques, tels que les radiations

ionisantes. Les risques contaminatoires menacent la sécurité du personnel si celui-ci ne respecte pas à la lettre la procédure de contrôle.

Prendre en compte les aspects physiologiques et matériels est un but d'amélioration des conditions de travail car cela procure du confort, de l'efficacité, du respect et de la santé pour le soignant, et, par effet rebondissant, pour le malade.

À défaut, un matériel inadéquat menace l'organisme et sa sécurité, alimentant la médecine du travail en inaptitudes ou incapacités totales ou partielles (lombalgies dorsales, notamment). Cette conséquence a un coût moral et physique pour la personne reconnue en accident de travail ou déclenchant des troubles somatiques, mais aussi un coût financier pour l'institution. À partir de juin 1998, tous les dispositifs médicaux seront soumis obligatoirement à l'homologation CE. Jugé conforme, ce marquage aura le mérite d'évaluer et de diminuer les risques en circulation.

Les méthodes de travail

L'incidence de l'introduction des nouvelles technologies a modifié les méthodes de travail des infirmières, lesquelles ont dû exploiter de nouveaux outils comme la logistique, les protocoles, les dossiers de soin, etc. Tous les programmes d'amélioration de l'organisation et des conditions de travail ont fait faire à l'hôpital un bond en avant, mais ont obligé parallèlement le personnel à s'adapter vite, sans faire courir de risque ni à lui-même ni aux malades.

Une nouvelle méthode apporte au service un nouveau climat social puisqu'il faut réajuster les conditions techniques aux compétences professionnelles et chercher en soi des ressources, adaptatives et organisationnelles, individuelles et collectives.

Outre les outils exploités, les méthodes de travail ordonnent des règles aussi évidentes que celles des horaires. Travailler de jour ou de nuit, assurer la rotation du service ou faire face à une amplitude de 12 heures mobilise un savoir-faire personnel et singulier — notons que la journée de 12 heures est souvent choisie par les infirmières, malgré la fatigue physique qu'elle procure car elle réduit le temps de transport hebdomadaire et augmente la disponibilité à l'égard des impératifs familiaux. Certains ont le choix, d'autres, notamment les jeunes diplômées se sentent en difficulté, surtout sur les horaires de garde, et organisent difficilement leurs impératifs personnels en fonction d'une organisation sociale faite pour un créneau horaire de jour (ouverture de certains magasins, banques, école...).

L'apport de méthodes de travail innovantes ou complémentaires de celles existantes est en général dynamisant et source d'amélioration qualitative et quantitative. Les appréhender comme agents stresseurs n'est donc pas une évidence. Ce n'est que lorsqu'elles sont vécues comme une force imposée que se développeront les résistances au changement et les sources

d'insatisfaction. Citons ici un nouvel agent stresseur imposé et devenu chronophage, la lourdeur de la charge administrative. Sans cesse alourdie par une augmentation sans fin des dossiers en tous genres, sa conséquence devient ravageuse.

Toute charge supplémentaire reste parfois un défi sur lequel il convient de discuter, dans sa réalisation et son imposition, si on veut préserver le praticien.

Toute méthode de travail modifiant la pratique professionnelle doit s'inscrire dans une préparation et une formation préalable sans lesquelles il ne peut y avoir de consensus individuel ou collectif.

La main-d'œuvre

Mieux vaut affecter un personnel minimum et efficace que plus nombreux mais peu opérationnel. Ce principe de base en gestion des ressources humaines, malgré son évidente logique, est rarement respecté. Les services vivent une cause de stress majeure, avec des soignants inadaptés qu'il faut porter, assister ou accompagner dans leurs difficultés, puisqu'environ 10 % du personnel hospitalier se plaint soit de troubles psychologiques soit de troubles somatiques aux répercussions professionnelles évidentes. Ils nécessitent des mesures de reclassement et d'aménagement de poste rarement appliquées et du même coup mobilisent une énergie en termes de collaboration et de management qui s'avère épuisante.

Parallèlement, en crise de restriction budgétaire, les directions des hôpitaux gèlent en partie le recrutement, obligeant les services à des restructurations et des organisations internes auxquelles ils n'étaient pas préparés. L'insuffisance des effectifs est une composante essentielle qui touche tous les hôpitaux, alourdissant la charge de travail d'autant plus que l'aspect administratif du travail infirmier parasite de plus en plus son temps de soin. Associée aux dysfonctionnements dans certains services, elle occupe une place importante dans la genèse de l'épuisement professionnel. Les conflits naissent, s'accompagnant de sentiments d'insécurité et d'impuissance, d'incompréhension et de culpabilité. Au niveau du groupe, les effets peuvent être polymorphes, allant de l'absentéisme au déclin moral en passant par des perturbations au niveau de la communication et par des désirs de changement de service.

La dotation en personnel et l'aménagement des services sont des variables préventives impératives du burn-out pour se dégager des contraintes organisationnelles.

On sait aujourd'hui que l'usure est moins le fait d'accompagner les malades, que le fait de conflits d'équipes et de conflits de valeurs.

Le système des « 5 M » est une base d'analyse des stressors environnementaux intéressante car elle recouvre l'ensemble des paramètres réels qui structurent le travail. Constituer une démarche de pilotage des compétences

et de prévention de l'épuisement professionnel peut trouver, en partie, sa réponse dans l'élaboration des fiches de poste et des évaluations annuelles du personnel. En effet, savoir en disposer permet d'avoir une photographie vivante du poste en isolant, dans la transparence, ses contraintes et ses satisfactions. L'attention est portée aux exigences de la fonction et à son application, requérant de part et d'autre, entre le cadre infirmier et l'agent, un accord de fond sur les conditions requises.

Un recrutement bien mené, doublé d'un accueil attentif, constitue la moitié du chemin parcouru pour une intégration réussie. Fonctionner dans le respect des informations transmises évite les déconvenues réciproques. Un triple objectif est alors visé et obtenu : développer la motivation, augmenter la polyvalence et assurer la sécurité dans le travail.

L'évaluation annuelle vient compléter la politique innovatrice du recrutement quand elle libère la parole. Elle permet à l'agent d'élaborer son plan de carrière et d'organiser les moyens dont il dispose (formation, horaires aménagés, etc.), avec l'accord de sa hiérarchie pour valoriser et valider ses acquis.

La gestion de carrière nécessite des moyens individuels et collectifs dans une perspective d'amélioration des conditions de travail qui préviennent l'épuisement professionnel.

Conclusion

L'organisation et les conditions de travail sont perfectibles. L'enquête de l'AP-HP conclut dans ce sens : *« Si dans l'ensemble les relations professionnelles sont bien vécues : sentiment d'appartenance à une équipe et à une vie collective effective, en revanche la reconnaissance, l'affirmation d'une autonomie et la responsabilité individuelle doivent être améliorées grâce à une communication décloisonnée. La charge psychique liée à l'insécurité et à la confrontation à la mort est par ailleurs difficilement supportable (ceci concerne jusqu'à 58 % des infirmières dans certains services).*

« Si les horaires de travail satisfont jusqu'à 84 % des agents, les effectifs, par contre sont jugés insuffisants.

« Les locaux quant à eux ressemblent encore trop à des lieux non fonctionnels en dépit des efforts fournis ces dernières années. »

Du côté des risques professionnels, ils sont réels car les personnes interrogées ont manifesté, dans une grande majorité, le désir de voir s'améliorer les contraintes à la fois physiques et ambiantes.

Enfin, une place centrale est à donner aux aléas dans le travail hospitalier. C'est ce que nous avons analysé à travers les thèmes du travail haché, du travail en décalage entre le réel et le prescrit ainsi que l'organisation interne aux services comme par exemple les heures de visite mal adaptées aux contraintes professionnelles.

Dans le travail de soin, les stressseurs sont psychologiques, physiques ou sociaux ; ils apparaissent de façon plus ou moins chroniques ; ils sont repérés ou traités par le mépris selon les services. Mais tous sont des éléments qui peuvent faire le lit de l'épuisement professionnel. Leur impact sur la fatigue des soignants est une évidence.

Enfin, ils déterminent des processus d'ajustement qui permettront d'enrayer l'impact déstabilisant, voire de faire face.

La capacité à relativiser une situation et à s'en protéger varie selon la personnalité et les ressources individuelles. C'est pourquoi le chapitre suivant est consacré aux stratégies d'adaptation en reprenant en particulier les systèmes défensifs individuels ou collectifs. La capacité à développer une résistance aux événements négatifs protège l'individu et va jusqu'à devenir un mode de fonctionnement adaptatif et structurant.

Les différents types d'attitudes constatées face au stress

La confrontation au stress des soignants oblige à mettre en place un système réactionnel le plus approprié possible à la fois à la situation et à la personne. Tout au long de leur parcours professionnel, les soignants sont en effet tenus de réagir s'ils veulent diminuer l'impact d'un événement perturbateur sur leur psychisme.

Les études qui se sont intéressées aux types d'attitudes constatées, ont conclu à l'existence de deux formes de réponses existantes :

- la première est individuelle : elle s'exprime soit sur un versant passif soit sur un versant actif ;
- la seconde est collective : elle a été définie par Ch. Dejours comme une « stratégie défensive du métier ».

Dans ce chapitre nous allons aborder les formes de réponses qui agissent comme des stratégies de résistance individuelles ou collectives et qui fonctionnent selon des **processus inconscients** élaborés selon la personnalité, l'histoire du sujet mais aussi selon le type et la constitution du service dans lequel il travaille. Elles ne sont donc pas des stratégies d'adaptations conscientes, analysées ou travaillées, mais apparaissent « à l'état brut », hors de tout contrôle.

Fréquemment nommées ***coping***, elles cherchent à déplacer ou à contourner les difficultés rencontrées au travail dès que la souffrance devient trop présente. Le ***coping*** ou le « faire face » est une réponse qui s'exprime de façon polymorphe, à la fois par des manifestations somatiques, comportementales, émotionnelles et cognitives, et, sous une double forme, soit active soit passive.

Les stratégies d'adaptation individuelles, ou ***coping***

Il est donc une véritable transaction entre le soignant et son environnement afin de sauver un équilibre personnel abîmé par le contexte professionnel pathogène.

Les stratégies passives

Caractérisées par l'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique et par des attitudes de résignation, les stratégies passives sont d'une efficacité toute relative, ne mobilisant pas suffisamment l'esprit combatif du soignant.

L'attitude est avant tout celle d'un individu qui tente de se protéger d'un environnement menaçant. Ceci le fait paradoxalement paraître encore plus inadapté. Par la fuite ou le retrait, le soignant tente de se dégager d'un environnement vécu comme dangereux pour lui et limite les contacts au minimum requis dans l'exercice de sa profession. Une infirmière qui ne fait plus preuve de la même empathie à l'égard des patients et qui évite de répondre aux sollicitations de l'équipe ou des malades (par besoin d'isolement) adopte une stratégie défensive passive.

Dans un service, une telle attitude est souvent ressentie douloureusement voire désapprouvée. On condamne cette réaction, l'interprétant le plus souvent comme de la paresse, du désinvestissement ou du détachement, sans décoder le malaise profond qui touche en réalité le collègue.

Si le retrait est physique, il s'exprime également sur le plan psychologique. Le discours est dominé par les mécanismes de défense tels que la rationalisation, la distanciation, l'isolement ou la dénégation. L'attitude est modifiée par des manifestations d'agressivité ou des signes dépressifs variés. En vérité, le changement général est notable mais peu nombreuses sont les personnes qui y reconnaîtront des manifestations d'ajustement à un malaise. La tendance est à l'appréciation rapide : on doit être efficace et si possible... de bonne humeur. Le contraire est mal admis car dérangent. Il pourrait renvoyer à son propre malaise qu'on tend à occulter le plus longtemps possible.

Ces processus cognitifs visent à diminuer l'angoisse.

Un soignant qui nie, par exemple, la réalité d'une grave pathologie chez le patient dont il a la charge peut relever de la dénégation ou de l'isolation. Il peut alors nier une pensée, refuser une interprétation trop douloureuse à accepter. Dans ses actes, on peut observer parfois une indifférence affective. La réalité vécue comme traumatisante ou trop fragilisante est contournée pour être appréhendée autrement. La situation conflictuelle bloque sa réflexion et le protège d'une préoccupation trop douloureuse. L'équilibre est précaire mais apparemment gardé.

Le besoin fondamental et essentiel qu'il y a parfois de contrôler ses émotions et de réduire sa tension engendre des réactions qui peuvent être polymorphes selon la structure de personnalité du soignant. Chacun réagit en fonction de lui-même. Il y a rarement deux réactions absolument semblables. Comprendre les enjeux personnels et psychologiques qui poussent à réagir ainsi permet d'évoluer dans cette relation empirique soignant-soigné.

Fonctionner sur ce mode de stratégie passive intervient en général dès l'exposition à la situation stressante, pour évoluer ensuite vers un mode d'expression. Ce *coping* prend alors la forme d'une stratégie d'anticipation systématique susceptible d'enrayer l'affrontement direct.

C'est ainsi que s'observent couramment les retraits dans les bureaux, les pauses-café qui s'allongent en solitaire, l'évitement des échanges et

l'apparition de modes d'expressions de plus en plus cyniques... : « *Celui-là il peut bien attendre. Bientôt il n'aura plus rien à attendre du tout.* »

On repère d'avantage ce type de *coping* en service de soins curatifs qu'en soins palliatifs. Il serait assimilable à la compulsion de répétition dans la mesure où se laisser entraîner dans sa cadence permet parallèlement de suspendre la pensée anxiogène. Plus on en fait, plus il y a à faire, ce qui est une chance en soi, car si le soignant se sent débordé par son travail, il ne le sera pas par son angoisse. Bloquer sa réflexion permet de bloquer aussi ses émotions, de se préserver de sa souffrance. Ceci permet aussi de donner du sens aux actes et de se faire repérer, de surcroît, comme opérationnel, dynamique donc fiable ! Mais en revanche, la charge de travail peut un jour précipiter la personne dans le sentiment d'includence qui consiste à croire qu'elle n'aura jamais le temps de tout faire. L'**includence**, concept développé par Tellenbach, est caractéristique du syndrome d'épuisement professionnel : la personne se sent débordée par son travail, tant par la trop lourde charge des tâches à accomplir que par la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser. C'est l'includence qui précipitera encore la personne dans l'urgence du geste et l'activisme.

En dehors du contexte professionnel, on remarquera que le soignant exprimera dans son milieu personnel des conduites de souffrance qui signent un malaise de plus en plus envahissant. Il se rend indisponible auprès de ses amis, prétextant toutes sortes d'arguments pour leur échapper. Il laisse les autres décider à sa place mais manifeste paradoxalement des réactions d'humeur à leur égard comme à l'égard du conjoint qui sont autant d'expressions de sa difficulté à se positionner ou à se relever d'une situation dans laquelle il se sent en décalage. Parfois, il s'étourdit dans des activités sans rendement réel telles des échappées illusoires et éparpillées. La réalité qu'il ne maîtrise plus et dans laquelle il ne s'épanouit pas, est fuie dans un hyperactivisme ou, au contraire, oubliée. Certains choisissent de se laisser porter par exemple par des émissions télévisées sans autre intérêt que celui de ne plus penser, de faire le vide et de ne plus réagir. D'autres n'auront pas assez de temps dans leur journée pour mener à bien leurs multiples démarches, se sentant débordés par des obligations plus ou moins indispensables, ce qui offre une nouvelle option d'éloignement de l'angoisse en cristallisant leurs actes sur des faits et non sur des pensées.

Ainsi, on le voit, les stratégies d'adaptation passives sont des réponses qui s'expriment aussi bien dans la vie privée que dans la vie professionnelle. Leurs formes d'expression sont multiples et ont toujours pour visée d'apporter une adaptabilité minimale à une situation douloureuse.

L'urgence accélère le geste, bloque la réflexion et prend le pas sur l'émotion. Pour se préserver de la souffrance, surinvestir des tâches concrètes redonne du sens et permet de se faire repérer comme étant, de surcroît,

productif et efficace. En réalité, on ne fait qu'adopter un fonctionnement à la fois opératoire, protecteur et inconscient.

Choisir l'évitement, quelle que soit sa forme, provoque un répit temporaire mais pas toujours efficace dans la durée.

Les stratégies actives

Elles signent des expressions d'ouverture tant sur le plan verbal que comportemental.

Bien qu'une même situation soit vécue et ressentie douloureusement par le soignant, celui-ci adoptera des techniques d'amélioration de ses compétences. Il n'hésite pas à entrer en relation avec autrui, aborde de front un problème et exprime verbalement ses émotions. Les sentiments de dépression, les ruminations, voire les pleurs, sont contrecarrés grâce à son support social qui agit comme une entraide libératrice lui permettant de garder le juste contact avec les familles et les malades.

Le support social est une stratégie largement développée dans le monde de la santé. Le soignant partage avec ses collègues ses expériences, demande des conseils techniques, fait appel à l'environnement intra- ou extraprofessionnel, pour susciter des réponses organisationnelles. Le support social tient lieu de feedback positif.

Le soignant cherche à augmenter son efficacité et sa compétence et se réfugie dans l'accomplissement personnel de même que, hors travail, il garde sa disponibilité pour ses amis et reste attentif à sa famille.

La hardiesse : un profil de personnalité remarquable

La personnalité du sujet intervient dans la perception du stress. Les travaux sur les notions de ressources personnelles ont permis de rechercher s'il était possible de déterminer une personnalité ou des traits caractéristiques liés au burn-out. Il faut néanmoins rester prudent dans l'interprétation des études. Il apparaît que l'ensemble de traits de personnalité décrits par Suzanne Kobasa sous le terme de **hardiness** aurait une influence sur les processus d'adaptation et un effet modérateur en situation de stress. Sept études portant sur la hardiesse, citées par les auteurs québécois¹, montrent une relation positive statistiquement significative entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel.

La **hardiness**, que l'on peut traduire par « endurance », « solidité », « robustesse psychique » voire « hardiesse », désigne une caractéristique de la personnalité qui a pour fonction de protéger l'organisme psychosomatique des effets nocifs des événements stressants de la vie. Il apparaît que, parmi toutes les ressources personnelles, la hardiesse semble être la plus puissante

1. Duquette A., Kérouac S., Beaudet L., 1990.

pour faire face au stress. Elle apparaît comme une caractéristique de la personnalité se rapportant à des croyances, des sentiments, des valeurs et des tendances psychologiques. Les trois dimensions de la hardiesse (Maddi et Kobasa, 1984) sont le sens de l'engagement (*commitment*), de la maîtrise et du défi.

Le **sens de l'engagement** fait appel à la tendance de la personne à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées. La personne se sent donc concernée par ce qui lui arrive ou par ce qui arrive dans les lieux où elle se trouve ; elle va aisément s'engager dans l'action, ce qui donne ainsi sens à son vécu. Elle prend plaisir à faire des activités inhérentes à ses divers rôles sociaux. Elle aime la vie et apprendre à travailler est un plaisir. Elle a tendance à reconnaître les événements, les objets et les personnes de l'environnement comme intéressants et significatifs. La personne engagée a la possibilité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'événements qui nécessitent un réajustement. Être engagé requiert une croyance à être proactif, une tendance à passer à l'action et d'aller au-devant et non pas d'être rétroactif. L'engagement est l'expression du développement des potentiels ; il s'oppose à une aliénation et au sens général d'abandon, dépourvu d'autonomie et de dépossession de l'autonomie.

Le **sens de la maîtrise** fait référence à la croyance selon laquelle la personne peut influencer les événements qui se présentent à elle et qu'elle est capable par son action et sa réflexion de faire évoluer les situations. La personne qui fait preuve de maîtrise a confiance en elle et en sa capacité de décider. Elle a tendance à utiliser une appréciation cognitive des stressors, les analyse, les interprète et choisit l'action qui permet le mieux de réduire les effets néfastes. Elle a le sentiment d'être libre et croit que les actions investies au travail lui permettront d'atteindre ses objectifs. Le sens de la maîtrise s'oppose à l'impuissance ou à la manipulation.

Le **sens du défi** se rapporte à des croyances selon lesquelles le changement, plutôt que la stabilité, est normal. De plus, ces personnes qui ont le sens du défi perçoivent le changement comme un stimulus important pour leur croissance et leur développement personnel. Faire preuve de défi c'est s'ouvrir au changement, c'est être une personne créatrice qui aime la variété de son travail, qui est à l'aise avec ceux dont les idées évoluent et changent. De plus, ces personnes sont centrées sur la réalisation de soi plutôt que sur la stabilité et la sécurité. Le défi s'oppose à la méfiance et à la stabilité.

Par ailleurs, Rotter en 1966 a conceptualisé sous le terme « lieux de contrôle des renforcements » la tendance relativement stable chez un individu donné à attribuer la responsabilité de ses succès ou de ses échecs à des facteurs internes sous l'influence de sa volonté ou à des facteurs externes, tels que la chance, le hasard, le destin, d'autres personnes ou groupes plus puissants.

Les nombreuses études menées avec l'échelle de Rotter (échelle de *Locus of control*) ont abouti à des résultats concordants tendant à montrer que le

contrôle interne a un effet protecteur contre le stress et devient un facteur de réussite. Les sujets de type « contrôle externe » se sentent plus facilement stressés, anxieux ou déprimés, sont plus vulnérables émotionnellement. Cependant, les sujets « contrôle interne » n'ont pas que des qualités : ils sont moins adaptables. S'ils résistent mieux aux influences extérieures, en revanche, ils supportent moins bien les changements qui leur sont demandés en particulier dans l'organisation au travail.

Si ce type de personnalité semble plus « protégé » que d'autres du burn-out, il ne possède pas que des avantages. En effet, ce sont des sujets qui ont plus de difficultés à accepter des changements imposés par la hiérarchie et peuvent avoir du mal à s'adapter à des changements d'organisation.

La hardiesse pourrait être une ressource de *coping*. Le *coping* (Lazarus et Folkman, 1984) est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu. Le *coping* s'exprime par les stratégies utilisées par la personne. L'expression de la hardiesse se fait à travers les stratégies de *coping* utilisées par la personne. Ainsi, il semble que les stratégies de *coping* pourraient jouer un rôle médiateur entre les dimensions de hardiesse et la santé de la personne.

On comprend que des personnes dotées de tels traits de personnalité et ayant cette vision d'un monde en changement permanent possible puissent s'adapter avec plus de facilités à la vie médicale et hospitalière.

Les individus dont l'idéal est plus celui d'un état stable seront bien moins adaptables au perpétuel changement qui existe dans des équipes de soins. Elles seront aussi plus bouleversées émotionnellement quand, dans leur pratique professionnelle de soignants, elles seront confrontées à des personnes dont la vie a été bouleversée par une maladie ou un accident. Maddi et Kobasa montrent que la hardiesse est l'une des plus puissantes ressources de la personne pour faire face aux stressseurs professionnels.

Et c'est par l'intermédiaire des stratégies de *coping* que la personne interagit avec l'environnement. Le *coping* est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu (Lazarus et Folkman).

La personne hardie, par l'intermédiaire de l'utilisation de stratégies de *coping* actives, appréhende les situations problématiques de telle façon que le stress ressenti est moindre que chez la personne moins hardie.

P. Delmas, dans un travail de recherche mené sous la direction d'A. Duquette, examine les relations entre la hardiesse, les stratégies de *coping*, la qualité de vie au travail d'infirmières françaises travaillant en service de réanimation, et l'effet médiateur des stratégies de *coping* entre les dimensions de la hardiesse et la qualité de vie au travail. À l'issue d'un travail rigoureux, il apporte des éléments qui permettent d'alimenter la réflexion sur la prévention possible du burn-out.

Il montre en effet que des infirmières qui développent un sens élevé de l'engagement et de la maîtrise utilisent préférentiellement des stratégies de *coping* positives, ce qui leur permet de percevoir une meilleure qualité de vie au travail.

La hardiesse n'agit pas de façon directe sur la relation stresseurs-tension-symptômes mais par l'intermédiaire de stratégies de *coping* actives.

Ces stratégies sont préférentiellement :

- la capacité de réévaluer les problèmes de manière positive ;
- la conviction de pouvoir agir sur eux de façon décisive tout en utilisant des méthodes de résolution de problèmes afin de les appréhender.

À l'heure actuelle, les travaux menés sur ce thème montrent qu'un programme de renforcement de la hardiesse permet de promouvoir la qualité de vie des soignants, tout en diminuant de façon significative la perception du stress. Il semble donc pertinent dans une politique de santé du personnel soignant au travail de développer ces nouveaux modes de prise en charge du stress.

L'esprit combatif et la mise en œuvre des stratégies d'action de la hardiesse correspondent à la maîtrise personnelle des événements et apportent de la souplesse d'adaptation.

Enfin, la **croissance**, qu'elle soit religieuse ou personnelle — ce que Rotter a défini comme « le lieu de contrôle interne » —, semble également faciliter l'adaptation au stress. Combien de soignants concluent « *C'était son heure* » avec un fatalisme qui permet de faire le deuil de patients dans une situation impossible pour d'autres.

Les ressources personnelles colorent indubitablement les variables environnementales.

L'équilibre et le *coping* passent par différentes stratégies

Qu'on opte pour une stratégie active un jour ou une stratégie passive un autre jour, l'une n'est pas meilleure que l'autre mais dépend étroitement des caractéristiques situationnelles.

Le *coping*, en fait, est efficace dès lors qu'il soustrait le soignant à sa souffrance, lui permettant ainsi « *d'avoir l'événement sous le contrôle du sujet* » selon Lazarus et Folkman.

Mais l'événement varie d'intensité selon sa durée, sa contrôlabilité et son contexte relationnel.

Prenons l'exemple d'une situation difficile qui dure. Elle s'alourdit inévitablement avec le temps et obligera le soignant à chercher une réponse adaptable active sous peine « de craquer ». Quand rien ne bouge et qu'aucune solution ne peut être envisagée dans la durée, la pression traumatique devient insupportable.

Le *coping* permet au soignant de préserver son autonomie et de maintenir un état d'équilibre psychologique. Il entretient la motivation et l'énergie suffisante pour continuer à fonctionner.

Inversement, lorsque le traumatisme situationnel est ponctuel, il paraît d'avantage possible de le maîtriser en s'appropriant une stratégie plus passive sachant que son intensité et son contexte resteront exceptionnels.

Il n'y a pas de stratégie unique et bonne mais une interaction entre l'individu et l'entourage. Il n'y a pas d'individus qui ne développent que des stratégies passives et d'autres que des stratégies actives. Les réactions agissent selon un cadre et une humeur qui sont évolutifs et dynamiques.

Les stratégies d'adaptation collectives

Les théories de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, psychosomaticien spécialisé dans l'étude de la souffrance au travail, sont à l'origine du développement des stratégies d'adaptation collectives. Il a su apporter un regard novateur sur les contraintes du travail, l'aliénation qu'il provoque parfois et les réponses collectives mises en place par les professionnels en souffrance.

La psychodynamique du travail et le stress sont deux approches différentes et complémentaires donnant naissance au concept de charge psychique ou burn-out. Leurs méthodes d'évaluation et de validation, leurs investigations et leurs réponses diffèrent. Mais l'une et l'autre approchent les mêmes objectifs :

- harmoniser les relations entre les personnes et entre le professionnel et son milieu de travail ;
- mieux connaître les articulations entre l'individu et le travail ;
- expliquer ce qui motive l'action humaine dans l'espace spécifique du travail.

Toutes deux se constituent dans une perspective d'amélioration des relations de l'homme au travail.

Nous allons d'abord définir ce que sont la psychodynamique du travail et ses méthodes d'évaluation. Puis nous concluons avec la clinique des stratégies de défense collectives. Existente-elles dans le monde de la santé ? Sous quelles formes s'expriment-elles ?

Point sur la psychodynamique du travail

La psychopathologie ou psychodynamique du travail cherche à comprendre le vécu du professionnel dans son rapport au travail.

Sur le plan épistémologique, la démarche est clinique, s'appuyant sur la psychanalyse. Le travail n'apparaît plus identifié à travers les seuls dysfonctionnements ergonomiques et cognitifs mais devient un lieu de conquête et d'identité, une poursuite de l'histoire personnelle.

L'évaluation du stress passe par la technique de mesure de paramètres physiologiques et par des enquêtes administrées sous forme de questionnaires le plus souvent autoévalués individuellement et validées statistiquement.

En psychopathologie du travail, la méthode d'évaluation de la charge psychique est celle des entretiens collectifs et de l'observation. Ils font apparaître les défenses mises en place par l'équipe, la production des règles de métier et la présence des processus de reconnaissance. La parole est l'outil permettant d'appréhender la réalité et d'élucider les dysfonctionnements tant organisationnels que psychologiques. Elle permet d'interpréter les phénomènes pathologiques utilisant comme en psychanalyse le principe associatif pour accompagner le soignant dans sa réflexion et ses émotions.

La dynamique des processus psychiques est une méthode subjective, à l'opposé de la théorie du stress dont les variables qui la composent sont mesurables et objectives.

L'organisation du travail est analysée dans les deux approches, mais la psychopathologie du travail prend également en compte les désirs et les aspirations inassoucies du soignant. L'accomplissement de soi est un aspect déterminant qui va au-delà de l'identification et de la prévention des processus psychiques d'adaptation. Il est un objectif à atteindre parce qu'il donne du sens au travail et motive le professionnel sans lequel il ne pourrait y avoir de plaisir dans le travail. Le soignant peut investir, produire, construire, souffrir parce qu'au bout de l'acte il a un sentiment d'utilité et un constat de réussite qui lui font penser qu'il « *n'a pas fait tout ça pour rien* ». L'accomplissement de soi, dans l'approche psychodynamique, est également une donnée indispensable à la construction de l'identité sociale et professionnelle, surtout chez les femmes qui saisissent là un moyen d'existence et de reconnaissance plus difficile à construire si elles étaient restées femmes au foyer.

Le concept de stratégies d'adaptation collectives vient de la nécessité de devoir nier inconsciemment une réalité, afin de mieux la supporter. Plus une situation s'avère pénible, plus importants seront les processus défensifs. Cette stratégie s'appuie sur le principe de collision et du phénomène groupal. S'unir dans l'adversité en défiant la peur ou en la tournant en dérision préserve la vulnérabilité individuelle. Le principe est collectif mais la souffrance reste toujours singulière. Christophe Dejours a démontré les multiples visages de cette stratégie collective notamment dans les professions du bâtiment composées d'un personnel masculin.

Cette stratégie se retrouve-t-elle dans le monde hospitalier ? Deux différences fondamentales sont à noter :

- sa composition majoritairement féminine ne permet pas de jouer sur les valeurs viriles qui accompagnent habituellement les conduites de risque ;
- l'image idéale du métier véhiculée et incarnée par l'infirmière parfaite semble peu pousser le personnel à la quête de compensation ou de sublimation.

Certains auteurs comme P. Logeay et P. Gadbois pensent qu'il n'existe pas de stratégies de défense collectives chez les infirmières. Inversement,

Carpentier-Roy aurait observé leur présence dans certains services de soins, tels que les services infectieux, les soins intensifs et la cancérologie, autrement dit des lieux de confrontation à la souffrance plus développés qu'ailleurs. Enfin, P. Molinier conclut également à leur existence bien que leurs expressions diffèrent entre hommes et femmes.

Nous allons maintenant analyser des situations professionnelles dans lesquelles des stratégies collectives de défense trouvent leur illustration sur le terrain hospitalier. Les cinq cas de figure décrits sont empiriquement observés. Ils ne sont pas scientifiquement validés. Ils offrent cependant l'intérêt de réfléchir à des comportements parfois surprenants et incompréhensibles à première vue. En effet, les stratégies de défense offrent couramment un visage caché qu'il faut apprendre à décoder.

Clinique des stratégies collectives de défense

Le déni

Les stratégies collectives de défense s'accompagnent d'un déni de perception de la réalité, afin de conjurer peur et angoisse. Elles engendrent des conduites ordaliques ou du défi.

À la fin des années quatre-vingt-dix, il était devenu obligatoire aux soignantes de se protéger les mains de gants jetables pour soigner le malade sidéen. Cette règle d'hygiène fut loin d'être suivie. Encore aujourd'hui, où la transmission du virus ne fait plus de doute et peut donc s'avérer d'origine professionnelle, nombreuses sont les infirmières qui choisissent de travailler les mains nues. Régulièrement reprises, les raisons invoquées sont toujours les mêmes : « *Je préfère ne pas le vexer* », « *Le toucher n'est plus le même et gêne la relation* », « *Au stade final où il se trouve, c'est le minimum que de l'assurer d'une vraie présence* »... Les arguments méritent parfaitement d'être retenus en dépit de l'expression inconsciente du mode défensif.

L'hypothèse serait celle d'une peur refoulée à l'égard d'une mort contagieuse incitant l'infirmière à défier le sort tout en doublant ce mécanisme de défense d'un comportement à risque.

Une autre situation de déni de réalité est repérable dans les laboratoires d'analyse. Combien de techniciennes manipulent les éprouvettes sans protection manuelle en dépit de la connaissance du risque encouru et des remarques du cadre. Que cherchent-elles à prouver ? Que gagnent-elles à agir ainsi ?

Citons encore le personnel soignant qui, malgré les incitations répétées, néglige la formation obligatoire de la prévention incendie tout en fumant dans les lieux à risque...

La dérive comportementale s'esquisse sur la base d'une souffrance. Mal verbalisée, elle s'inscrit dans un schéma apparemment énigmatique, reléguant dans l'inconscient ce qui n'a pu être exprimé et décodé.

La coopération et l'auto-organisation

Les stratégies de défense collectives supposent une forte coopération de tous, une complicité et une auto-organisation, afin de fonctionner dans un consensus collectif structurant pour l'organisation du travail.

On s'étonne parfois de l'inertie d'une équipe qui résiste aux propositions d'aménagement ou de restructuration du service malgré l'évidente sagesse des arguments. Tout se passe comme si le fonctionnement en place était immobilisé dans une situation homéostatique rigide.

C'est ainsi qu'une direction des soins infirmiers tenue de mettre en place une rotation horaire s'est vue confrontée à la résistance du service entier, le cadre infirmier supérieur en tête sans que la perte au niveau de l'intérêt de chacun soit par ailleurs exprimée. Le cadre avait, les mois précédents, promis de son côté des améliorations horaires puis appliqué des contraintes consécutives à sa décision qui avaient été finalement acceptées dans la compromission suite à l'effort de chacun. Les résistances à ce deuxième nouveau changement se sont massivement élevées venant protéger ce qui avait été si chèrement obtenu la première fois.

Les stratégies de défense collectives dans ce cas précis, semblent s'ériger en véritable stratégie défensive. Plus l'inertie est forte, plus elle signe un renforcement de la stratégie collective de défense étayée sur un effort d'adaptation préalable maximum.

On en vient parfois à lutter pour la défense de la lutte.

La collision

Les stratégies collectives de défense déclenchent nécessairement une collision contre un ennemi commun.

Dans l'exemple cité ci-dessus, la collision est-elle contre la direction ? Peut-être... Mais prenons l'exemple d'une jeune infirmière nouvellement diplômée et intégrant son premier service. Pleine d'enthousiasme, elle applique à la lettre ses récents acquis s'investissant pleinement. À peine quelques semaines plus tard, sa situation dans l'équipe s'est complètement détériorée. Traitée en bouc émissaire, elle est critiquée dans ses méthodes et agressée par une équipe d'infirmières expérimentées qui n'adhèrent ni à sa pratique professionnelle ni, du même coup, à son comportement lequel, par conséquent, se rigidifie de plus en plus. Dans cette situation, on peut bien sûr remettre en cause les compétences de cette jeune infirmière d'autant plus que son cadre souhaitera la mettre à disposition du bureau du personnel pour « difficultés d'adaptation ». Cette débutante est-elle seule en cause en n'ayant pas réussi son intégration ?

Selon Ch. Dejours (Revue *Prévenir* n° 20, 1990) : « *Les stratégies collectives fonctionnent aussi comme système de sélection psychologique des travailleurs, gardant dans le sein du collectif les opérateurs qui apportent une contribution à la défense, éliminant sans pitié ceux qui se montrent rétifs, jusqu'à les persécuter parfois, voire les prendre pour boucs émissaires de la souffrance.* »

L'histoire du service révélera un fonctionnement répétitif d'exclusion. D'autres infirmières ont remplacé la première et ont connu des déboires à peu près semblables.

Une tête de turc est choisie lorsqu'elle met en danger l'unité d'une équipe qui a su construire une pratique ajustée à la protection de leur souffrance. Un tiers extérieur qui n'intègre pas les règles érigées en principe actif, se voit remis en cause y compris dans sa déontologie profonde.

Adhérer ou être menacé d'exclusion s'impose à celui qui trouble l'intégrité de l'équipe en place.

Le changement de statut

Les stratégies collectives de défense permettent de passer de victimes passives à agents actifs, exploitant soit le défi, soit la provocation, soit la dérision face aux contraintes pathogènes.

Observons une équipe d'infirmières engagées dans l'épreuve des décès tels qu'elles les vivent dans certains services de soins intensifs.

Fonctionner dans cet environnement finit par fragiliser le soignant, affectant sa santé physique et mentale. C'est à l'occasion d'événements particulièrement douloureux qu'on constatera une série d'attitudes paradoxales et incompréhensibles. Les membres de l'équipe lors de pauses en salle de repos ou dans l'office (généralement le lieu le plus éloigné des regards étrangers) se racontent leurs expériences personnelles dans une explosion de rires et d'excitation. Plus les propos ont un caractère grave, pudique et sensible, plus grande sera l'hilarité. Le bruit, le choix des mots qui peut friser la vulgarité, la violence crue des scènes décrites, jouent avec la peur. Celle-ci s'annule ensuite dans un processus défensif de dérision niant le danger lié à la représentation de la mort, pour devenir ensuite un fonctionnement normal de combat collectif inconscient qui sauve leur vulnérabilité individuelle.

Les mécanismes collectifs de défense servent de déni de réalité et opèrent un retournement inconscient : d'acteur passif, le soignant apprend à gérer ses émotions et à réduire son stress.

Non décodée, l'attitude de l'équipe est soumise généralement au regard accusateur des autres qui critiquent leur laisser-aller : « *Ils traînent* », « *Ils boivent du café au lieu de travailler* », « *Ils gênent le service, ne respectent pas les malades* ».

Ces scènes d'apparence surréaliste choquent par l'écart qui réside entre l'illogisme du comportement et le réel pathétique. En revanche, un observateur averti se réjouira de ses expressions apparemment inappropriées y décodant une réponse adaptative ayant échappé à l'ensemble des collègues présents.

Le mode de protection

Les stratégies collectives de défense peuvent protéger de la décompensation et des déviations comportementales.

L'équilibre psychique repose sur la nécessité d'entretenir une harmonisation de ses ressources individuelles. Faute de ne pouvoir consolider par un

ajustement suffisant cette économie psychique, la personne exprime sur le mode comportemental, psychologique et somatique, le malaise qui l'éloignera de plus en plus du plaisir au travail.

Au niveau comportemental, nous avons eu l'occasion d'observer des infirmières développer des conduites addictives de type crise de boulimie, crise d'anorexie alternées. La nécessité de devoir remplir à tout prix un grand vide psychologique a fini par engendrer des conduites transgressantes sérieuses puisque des vols de nourriture sont constatés, ces infirmières s'alimentant en cachette dans les plateaux destinés aux malades dans un service de gériatrie. On pouvait ensuite se rendre compte que ces mêmes soignantes portaient vomir dans les toilettes ce qu'elles avaient dérobé.

Le constat est double :

- la conduite addictive signe un acte compulsif servant de procédé auto-calmant² pour diminuer l'anxiété des jeunes femmes. Elle exprime une fragilité psychologique et s'interprète comme un symptôme clinique dépressif ;
- le vol en tant qu'acte délictueux est une stratégie individuelle qui met en péril l'infirmière et vient renforcer la déviation comportementale.

Ces femmes, probablement en état d'épuisement professionnel, auraient-elles pu ne pas être dans le passage à l'acte si elles avaient pu bénéficier de la protection collective du groupe qui se serait exprimé, comme nous l'avons vu plus haut, notamment par des conduites de dérision ou de défi ?

Notre hypothèse repose sur l'idée qu'être seul(e) face à son malaise sans pouvoir le partager, l'exprimer ou le détourner, peut provoquer un trouble des conduites sur un mode de décompensation ou de déviation.

Conclusion

Les réponses stratégiques individuelles et collectives apparaissent comme des modes de défense à des situations stressantes.

Rien ne permet d'affirmer formellement que lorsque l'une fonctionne l'autre s'annule. C'est pourquoi, en conclusion, nous reprendrons à notre compte les propos de Ch. Dejours : « *Comment comprendre le paradoxe entre souffrance individuelle et stratégie collective de défense ? En effet, en psychopathologie du travail, nous demeurons attachés à la séparation des genres et des objets. La souffrance, le plaisir, le sujet, l'identité sont des concepts dont l'usage rigoureux n'a de validité que dans l'ordre singulier. Nous ne connaissons pas de souffrance, ni de plaisir d'un groupe, d'un collectif, d'une organisation ou d'une société. Plaisir et souffrance sont des vécus subjectifs, impliquant un être de chair et un corps où ils s'expriment et s'éprouvent au même titre que l'anxiété,*

2. Le procédé auto-calmant renvoie à la théorie de la psychosomatique. Les conduites addictives (alcoolisme, boulimie, prise de psychotropes, etc.) signent l'apparition du procédé.

le désir, l'amour. Ces termes renvoient au sujet singulier porteur d'une histoire et sont donc vécus par chacun d'une façon qui ne peut en aucun cas être la même d'un sujet à l'autre.

« Il apparaît donc que plusieurs sujets éprouvant chacun une souffrance unique, seraient capables d'unir cependant leurs efforts pour construire une stratégie défensive commune. »

Les stratégies d'adaptation sont des moyens mis en place pour faire face à la souffrance au travail. Elles s'expriment en fonction des mécanismes psychologiques et maintiennent l'individu en sursis mais ne sont en aucun cas des réponses objectives permettant d'obtenir une réduction de la charge psychique du travail en milieu hospitalier. Les troubles liés au stress et à l'épuisement professionnel nécessitent, en revanche, une réflexion profonde aboutissant à la mise en place de méthodes adaptées.

Maltraitance et violence liées au burn-out

Aborder le thème de la violence et de la maltraitance dans la relation thérapeutique soignant-soigné est complexe. Comment un lien fondé sur la souffrance du malade, la compassion et l'empathie du soignant peut-il devenir une source de violence ? Comment, en voulant faire du bien, le mal apparaît-il ? La presse s'empare régulièrement de ce problème, les tribunaux sont saisis de ce type d'affaires ; mais combien de cas restent ignorés marqués du sceau du non-dit, du secret et de la honte tant du côté du soignant que du soigné.

Nous incluons aussi la question des aidants naturels. Eux aussi sont exposés comme nous l'avons écrit plus haut au burn-out ; ce sont des parents d'enfant, d'adolescent ou de plus ou moins jeunes adultes, devenus dépendants en raison d'une maladie ou d'un accident, ce sont les conjoints, les compagnons, les enfants ayant en charge des parents vieillissants ; le nombre de nos concitoyens confrontés à ce type de situation est en augmentation du fait d'une part du vieillissement de la population (et donc du nombre de maladies d'Alzheimer et autres pathologies cérébrales dégénératives) et, d'autre part, en raison de la part grandissante du transfert à domicile de soins très spécialisés. Les familles, les proches deviennent des soignants au quotidien, mais ils sont souvent seuls et sans possibilité de relais, la répétition des soins, la solitude des aidants, la souffrance infligée au malade lors de ces soins font le lit d'un véritable burn-out et parfois de la maltraitance.

Le burn-out pourrait-il apporter un éclairage utile à la compréhension du phénomène de la violence dans le soin ?

Si une des causes de la violence et de la maltraitance dans le soin résidait dans un burn-out, nous aurions là une intéressante voie de prévention de ces déviances dramatiques.

Toutes les spécialités sont concernées ; ce sont les actes d'euthanasie qui souvent défraient la chronique, le passage à l'acte d'un parent qui décide de mettre fin aux jours de son enfant gravement handicapé ; ce sont des violences au quotidien dans des institutions d'enfants ou de personnes âgées ; mais la violence peut aussi survenir dans des services de très hautes technologies ; il est clair que personne n'est à l'abri et chacun d'entre nous a eu connaissance de ces dérapages dans le soin.

La relation soignant-soigné est un acte complexe qui nécessite une juste distance, une empathie suffisante, mais aussi une certaine fermeté quand l'acte peut faire mal pour donner du bien. La seule ponction veineuse est un exemple quotidien.

L'acte de soin est lui aussi pris dans une dynamique relationnelle complexe entre le malade, les soignants et aussi très souvent la famille. Une famille hostile ou critique envers les soignants, agressive par déplacement de sa souffrance intime, une famille revendiquante ou pire distante crée une spirale de la dynamique relationnelle pathogène et peut devenir une source de conflits.

Il n'est pas toujours aisé de savoir quand on fait la genèse d'une maltraitance qui du soigné ou du soignant est à l'origine de celle-ci : être malade ne donne pas tous les droits en tout cas pas celui d'agresser des soignants ; être soignant peut exiger de la fermeté envers l'autre malade mais interdit toute intention violente envers lui.

Il est clair que les conditions de travail liées au contexte socio-institutionnel actuel sont aussi des facteurs de burn-out comme nous le montrons dans cet ouvrage et deviennent *de facto* une des causes de la maltraitance et de la violence.

Alors quels liens peut-on établir entre burn-out et maltraitance ?

Nous porterons notre attention d'abord sur les liens entre la relation d'aide et l'item de déshumanisation du *burnout syndrome*, puis sur la place des relations entre institution et violence.

Maltraitance et relation d'aide

Parmi les trois éléments constituant le syndrome du burn-out, l'item « déshumanisation de la relation avec autrui » va être au centre de notre réflexion. C'est lui qui marque d'un sceau particulier le burn-out des soignants.

L'item « épuisement émotionnel » est ressenti par le fait de ne plus pouvoir supporter d'émotion supplémentaire, de se sentir « à bout », de risquer de « craquer » à tout moment ; il se manifeste par une irritabilité, des réactions imprévisibles à propos de faits mineurs ; les tensions psychiques et physiques peuvent aussi se somatiser (fatigue récurrente, insomnie, troubles divers décrits plus haut).

L'item « perte du sentiment d'accomplissement de soi au travail » est à l'origine de la démotivation au travail, de l'envie de quitter son poste, mais

aussi du sentiment de nullité et d'incompétence. Les deux manifestations comportementales les plus visibles sont soit l'absentéisme, soit le présentéisme. Ce dernier est marqué par un acharnement pathologique au travail avec comme conséquences, des effets délétères sur l'ambiance générale au travail, la contagiosité du burn-out et aussi le risque d'erreurs ou de fautes professionnelles.

En ce qui concerne la déshumanisation de la relation avec autrui, c'est initialement un mode d'adaptation au stress professionnel. Il n'est pas inutile de rappeler que la relation d'aide est caractérisée par la capacité d'ajustement relationnel envers autrui. La bonne distance permet d'être efficace dans l'acte thérapeutique et apporte un sentiment de satisfaction partagé avec autrui. C'est là que réside aussi l'art d'être soignant. Le soignant épuisé n'arrive plus à faire cet ajustement relationnel qui pourtant lui était familier. Pour se protéger, la distance envers l'autre augmente. L'autre malade n'est plus perçu comme son prochain au sens philosophique, un être proche dont la présence est source et objet d'empathie, de sollicitude et de compassion mais comme une chose, un phénomène de réification de la personne ; en même temps le soignant le perçoit et peut en souffrir. Quand « *la relation d'aide est tombée malade* », la maltraitance relationnelle par défection empathique se reconnaît alors par l'émiettement du lien.

L'ensemble du système relationnel est atteint.

C'est dans ce mouvement psychique bien particulier, que la violence apparaît ; le soignant perd sans toujours s'en rendre compte le contrôle de la relation avec le soigné.

Les manifestations de cette déshumanisation de la relation sont marquées par une froideur relationnelle (mots froids, réponse indifférente, regard dénué d'affect voire hostile), une sorte de cynisme, la réduction de la personne malade à un numéro, à sa pathologie ou aux gestes techniques dont elle est l'objet.

L'intimité et la pudeur sont moins respectées. Il peut apparaître des réactions plus manifestes sous forme d'agressivité, d'irritabilité, d'une saturation des messages, une absence de disponibilité qui ne permet plus de répondre à l'appel de la personne malade.

La violence peut apparaître sous forme de maltraitance physique et/ou psychologique : brutalité, sévices, contraintes imposées... ou usage intensif de médicaments, privations, chantage affectif... ; ces pratiques longtemps exercées dans l'indifférence générale commencent enfin à pouvoir être reprises non seulement pour les dénoncer mais surtout pour lever le voile d'ignorance : il faut pouvoir les envisager comme un vrai problème à traiter. Le soignant reste un être humain avec ses fragilités et ses vulnérabilités. Il ne s'agit pas uniquement de condamner l'acte mais aussi de nous attarder sur les causes qui dérangent et soulèvent un débat de fond. Seule cette démarche permet la prévention. Il faut lever le voile d'ignorance et le tabou

sur les conditions de travail qui font que des soignants craquent (cf. chapitre 6). La solitude des soignants, l'absence de concertation et d'échanges lors des situations difficiles, le manque de liens au sein d'une hiérarchie aidante et non pas seulement contraignante, l'insuffisance de mise en perspective des problèmes éthiques au quotidien sont autant de facteurs générateurs de violence.

L'analyse de la violence et de la maltraitance par le burn-out apporte un éclairage nouveau sur des phénomènes complexes et troublants.

Du côté de l'institution, l'organisation du travail est pointée comme témoin actif et générateur de ces troubles comportementaux. Du côté de l'individu, c'est un mal-être existentiel au travail qui s'exprime ; l'angoisse est présente et peut englober la personne. L'agressivité et le passage à l'acte par la maltraitance lors et autour du soin serait alors comme une réponse à ce ressenti.

Il s'agit bien là d'une déshumanisation de la relation. Trop soumise à un stress psychologique chronique, l'émotion devient négative et envahissante. La relation se teinte d'une gamme variée d'impressions allant du rejet au dégoût. Des réactions parfois imprévisibles collent à une réalité non distanciée et font perdre de son objectivité. Dans cet état de burn-out, les efforts menés pour la résolution de la crise existentielle peuvent entraîner alors sur le terrain de l'automédication (tranquillisants, antidépresseurs... alcool) pour tenter de réévaluer les situations et de tenir le coup. La maltraitance s'installe là où les mécanismes de protection et d'adaptation s'arrêtent.

Dans l'installation du burn-out, un rien peut faire basculer la personne, ce qui contribue à l'incompréhension du phénomène d'usure. Mais globalement les conflits augmentent en même temps que se perpétue un fonctionnement de plus en plus maltraitant pour soi et pour autrui.

Impact institutionnel et maltraitance

Traiter de la maltraitance et de la violence institutionnelle n'a pas pour objectif de dénoncer un système mais à travers lui de poser les bonnes questions. Quelles que soient l'entreprise et ses contraintes, si nous voulons nous épanouir, il nous revient d'adopter le comportement le plus adapté alors que nous sommes plongés au cœur d'un monde qui nous sur-sollicite en permanence.

Gestion de la relation humaine, formation aux technologies innovantes, polyvalence des tâches, adaptation permanente de notre horloge biologique selon les variations horaires, exigences d'autonomie et d'autogestion administrative mais sans trop d'indépendance — le poids de la hiérarchie restant prédominant —, organisation performante, efficacité optimum, responsabilité sans faille, telles sont quelques-unes des demandes ressenties

par les soignants, « *le tout fait dans la bonne humeur, la joie de vivre, le plaisir et bien sûr, la maîtrise de soi et l'estime d'autrui !* »

Cet « idéal fait soignant », bien souvent relayé par l'institution, conduit l'individu à faire en permanence un « grand écart qui tient du contorsionniste » ; il faut agir et réagir dans l'urgence, le sourire aux lèvres, en se démultipliant mais sans droit à l'erreur. Et pourtant cela semble être accepté : « *Dans la culture hospitalière, nous donnons le meilleur de nous-mêmes.* » Une culture affective qui fonctionne sur une certaine notion sacrificielle du don de soi avec l'envie de rendre service et d'être utile. Cela est accepté parce qu'au bout de la chaîne, il y a un malade en souffrance. Les soignants disent, toutes les enquêtes sur le burn-out le montrent, que d'une part ce travail « *[nous] fait vivre, mais aussi [que] nous l'aimons et l'avons choisi et [que] nous sommes tenus dans nos engagements quotidiens* ».

L'hôpital s'engage actuellement dans une nouvelle politique. Il prend un tournant novateur, avec les pôles d'activités et la T2A. Il vit une importante réforme hospitalière, un passage nécessaire pour évoluer avec son temps. Cette réforme est particulièrement contraignante, probablement indispensable et repose d'abord sur l'excellence du soin.

Cette réforme particulièrement contraignante mais probablement indispensable valorise l'excellence en tout genre : soins, finances, qualités adaptatives... Il s'agira donc d'en suivre l'installation en accompagnant chacun afin qu'il trouve ses nouveaux repères. Toute transition génère de l'inconfort, du stress et de la pression. Pour éviter de passer à côté d'une synergie nécessaire au lancement d'une telle réforme, la concertation et l'information sont les outils qui contre-versent le cloisonnement ; à défaut, chaque acteur a la tentation naturelle de défendre ses intérêts, et le risque est grand de se rejeter le tort mutuellement faute d'avoir intégré le sens global d'un tel projet. Au stade de la réforme actuelle, de nombreuses interrogations persistent. Des inquiétudes s'expriment face aux objectifs qui paraissent parfois inatteignables compte tenu des moyens qui semblent diminuer.

De Charybde en Scylla, on s'épuise à solutionner « sa partie », alourdi de ses responsabilités et d'une charge de travail et d'une charge psychique constantes — médecins ne souhaitant pas fermer de lits, infirmières se sentant des « bouche-trous » parce qu'on les envoie d'un jour à l'autre travailler dans un service dont elles ne maîtrisent pas les soins, contrôle budgétaire renforcé selon l'activité en vigueur. Dans ce contexte, la logique veut qu'on nomme un responsable, et l'erreur, c'est chez l'autre qu'on a tendance à aller la chercher. La communauté riche de ses multiples manœuvres se gère dans l'intérêt collectif au détriment de l'individu surtout quand les aspects technologiques et économiques semblent prendre la place des valeurs humanistes. L'analyse du burn-out nous invite à ne pas négliger une réflexion en profondeur.

Alors que faire ? Comment exercer nos talents pour échapper à la violence externe et interne ?

Nous avons tous un potentiel de ressources largement inexploité, entre autres pour la raison citée ci-dessus d'une vie qui s'accélère et ne laisse plus de temps pour soi.

Le choix s'impose de lui-même, vivre mieux ou perdre progressivement son propre sentiment d'existence. Le burn-out n'est pas fatal mais il nous appartient d'en identifier les symptômes avant de se transformer ; en quelque sorte, se faire violence en y pensant avant de faire violence.

L'isolement ressenti comme un besoin, offre peu d'espérance ; en revanche les groupes de parole et l'aide personnelle font avancer le questionnement ; la réflexion éthique et philosophique aussi.

Redonner du sens à sa vie et à son engagement professionnel requiert du temps, du questionnement, de la souffrance aussi un partage avec autrui. Nous sommes convaincus que si la personne humaine doit rester au centre, elle ne peut faire cette démarche seule.

Le burn-out crée de la maltraitance ; nous l'avons compris, il détourne nos réponses adaptatives ; il oppose les membres d'une même équipe entre eux parce qu'il est contagieux ; il rend malade en exposant la personne à la dépression et même au suicide.

Burn-out et maltraitance font route de concert, mais la maltraitance de la personne en burn-out n'est (quasiment) jamais intentionnelle, même si nous pensons que la responsabilité du soignant est toujours engagée. C'est une des idées importantes de l'analyse de la violence par le burn-out. Tantôt maltraité, tantôt maltraitant, c'est la double face du soignant qui craque !

C'est pourquoi nous retiendrons que lorsque nos émotions deviennent négatives (réserve vis-à-vis du travail, colère vis-à-vis des patients, tristesse et désintérêt pour sa vie, dysphorie...) une vigilance particulière est requise. Derrière elles pointe souvent un dysfonctionnement intime qui empêche d'agir en accord avec notre éthique et les besoins du malade.

8 Synthèses

Les soignants sont fatigués. Toutes les études le montrent. Les résultats révèlent qu'un quart à un tiers du personnel exprime sa souffrance. L'indice le plus parlant est peut-être celui de l'enquête réalisée par C. Rodary et ses collaborateurs : 80 % des soignants trouvent leur travail intéressant et cependant 55 % ont eu récemment envie de le quitter.

Le burn-out en tant que conséquence d'un stress chronique et répété puise ses origines principalement dans deux facteurs :

- les facteurs personnels : l'âge et la personnalité (agents stressés individuels) ;
- les facteurs professionnels : l'organisation et les conditions de travail (agents stressés institutionnels).

Les comportements qu'induisent ces agents stressés sont exprimés soit sur un mode individuel, soit sur un mode collectif. Dans le premier cas, nous constatons que les stratégies inconscientes s'expriment indépendamment d'une façon passive ou d'une façon active.

Synthèse sur l'évaluation

L'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel est donc possible. Des différentes échelles utilisables, celle de Maslach et Jackson paraît la plus adaptée à son étude. Son utilisation par de nombreuses équipes de chercheurs dans le monde occidental permet des comparaisons intéressantes et prouve à quel point ce phénomène existe puisque 10 à 48 % des soignants seraient touchés.

Ce chiffre est-il révélateur d'une sorte d'épidémie ou bien notre instrument d'évaluation est-il tellement sensible qu'il fausserait le résultat par exagération ? Les enquêtes épidémiologiques cliniques menées par les médecins du travail viennent toutefois confirmer en ce sens les conclusions des évaluations, par leurs observations comportementales et ergonomiques. L'épidémie existe et sa contagion est vraisemblablement importante.

Tableau récapitulatif

Facteurs personnels de stress	Âge Traits de personnalité
Facteurs professionnels de stress	Facteurs organisationnels L'interruption des tâches L'ambiguïté des rôles Facteurs dus aux conditions de travail La relation d'aide : – la distance entre soignant-soigné – la confrontation à la souffrance, à la mort Le manque de soutien : – l'urgence, une « fausse bonne excuse » – le cloisonnement – la loi du silence – les situations conflictuelles – l'échange, moment précieux mais réduit La technologie : un progrès, un risque L'impact des pathologies Stresseurs environnementaux Le milieu Les matières premières Le matériel Les méthodes de travail La main-d'œuvre
Types de comportements observés	Stratégies d'adaptation individuelles Stratégies passives Stratégies actives Stratégies d'adaptation collectives Clinique des stratégies défensives : Le déni La coopération La collision Le défi La protection contre les déviations

Bien que la majorité des évaluations aient été réalisées auprès d'infirmières, tous les soignants sont atteints du SEPS, y compris les cadres infirmiers.

Les quelques travaux portant sur la population médicale révèlent que cette dernière n'est pas épargnée par le burn-out et qu'elle présente même un risque dépressif et suicidaire important. Contrairement aux soignants qui commencent à pouvoir aborder leurs difficultés, les médecins continuent de se taire, refoulent leur malaise ou l'expriment par des conduites de défense collectives inconscientes — ceci mériterait d'être développé : les salles de garde, entre autres, sont des lieux propices aux expressions collectives défensives.

L'épuisement professionnel est dû aux effets de stress professionnel et se manifeste rapidement, dès la fin de la première année de travail. La première sous-échelle du MBI est en effet nettement corrélée avec les échelles de stress. Le MBI, sans doute, n'apporte-t-il donc pas plus que certaines échelles de stress ? Alors, que cherche-t-on à évaluer avec elle ?

Parmi les personnes que le MBI situe à un degré sévère d'épuisement professionnel, il est d'authentiques syndromes dépressifs. Le burn-out peut en effet faire le lit d'un état dépressif, mais le MBI est insuffisant à lui seul pour permettre un diagnostic — d'ailleurs l'objectif n'est pas de faire un dépistage psychiatrique mais de repérer un aspect particulier de souffrance au travail.

Il n'est pas nécessaire que le burn-out soit une catégorie diagnostique psychiatrique pour exister en tant que réalité. Le MBI apporte autre chose que l'idée d'un symptôme dépressif et de l'existence du stress. Il évalue une dimension que nous ne trouvons nulle part ailleurs, **la déshumanisation de la relation**. À elle seule, cette dimension justifie tous les travaux.

De plus, le MBI évalue **un aspect de la souffrance au travail dans une dimension existentielle** qui n'est pas qu'une manifestation psychopathologique.

Synthèse sur les stressseurs

Les agents stressseurs montrent que le syndrome est multifactoriel et pluridimensionnel mais tous n'ont pas la même dimension. Le fait d'être confronté à la souffrance, à la mort ou aux incertitudes thérapeutiques que Goldenberg nomme « *les états de désespoir thérapeutique* », va nécessiter un type d'approche différent, par exemple, de l'analyse du facteur ergonomique comme l'interruption des tâches.

Moyens de prévention

Parmi les moyens de prévention, le soutien des équipes occupe une place centrale. Il est souhaité par tous. Avec cet item apparaît la pertinence d'une double approche quantitative et qualitative dans la recherche des moyens de prévention du burn-out. En effet, le soutien doit être adapté aux moyens et nécessite une analyse en soi. Sur le terrain, il s'agit de cibler le type de soutien dont manque l'équipe. Soutenir une équipe dans sa mission soignante peut consister à répondre à une demande de dotation en personnel ou en matériel (aménagement des locaux, création d'une salle de détente) ; il peut aussi s'agir de repenser autrement la présence du cadre infirmier, comme de mettre en place une réflexion sur des questions d'éthique ou encore de créer des outils de formation continue et d'information pour améliorer les transmissions.

Apporter un soutien, implique de savoir écouter, de reconnaître l'autre et d'instaurer un climat de communication, ce qui sera déjà un traitement du SEPS sur le plan de la collectivité.

De multiples aspects du travail justifient un soutien. Se pose alors la question du choix : quel problème aborder en premier ? La stratégie que nous proposons serait d'attaquer en premier le problème le plus difficile, celui pour lequel les solutions paraissent complexes, car c'est devant ces situations extrêmes que la réflexion se mobilise et que la créativité de chacun s'exprime.

Causes de l'épuisement professionnel

Les difficultés à communiquer et les conflits apparaissent comme des éléments déterminants dans les causes de l'épuisement professionnel. Les soignants demandent une reconnaissance de leurs compétences professionnelles et d'eux-mêmes en tant qu'individus. Au vu de toutes les observations et à la lecture de tous les travaux, nous vérifions une **véritable crise d'identité qui prend racine à la fois dans l'individu et dans le corps social**. Les représentations sociales ont changé et sont en contradiction avec les représentations symboliques individuelles.

Le **manque d'égard** dont se plaignent les soignants se situerait à deux niveaux : d'une part, la hiérarchie vis-à-vis des inférieurs, d'autre part la société qui ne rémunère pas assez une fonction de plus en plus lourde, et qui ne la valorise pas non plus suffisamment. Aujourd'hui, un troisième niveau interviendrait au niveau des malades et du public, qui tendent à se conduire de plus en plus mal à l'égard des soignants. Il est vraisemblable que cette perte de reconnaissance s'inscrit dans une évolution sociale dans laquelle les valeurs morales sont en pleine mutation.

Les types de pathologies traitées n'ont pas de lien direct et certain avec le niveau d'épuisement professionnel. Les types de pathologies traitées influencent l'installation de l'épuisement professionnel surtout parce qu'ils sont en lien avec d'autres difficultés. Le syndrome d'épuisement professionnel est multifactoriel dans son déclenchement. C'est ainsi que, dans certains secteurs, les soignants développeront un SEPS d'origine organisationnelle ; dans d'autres, la fréquence des décès et la question des limitations et arrêts de traitements, les problématiques éthiques seront des éléments déterminants.

Le **facteur de la charge de travail** est repéré depuis longtemps mais, là encore, le quantitatif et le qualitatif nous fournissent des interprétations différentes. Toute charge de travail ne signifie pas fatigue, épuisement ou encore insatisfaction. L'environnement y a sa part : l'ambiance, le climat relationnel et interpersonnel jouent un rôle primordial. Si l'on pose la question « *le travail fatigue-t-il ?* », on répondrait sans doute par l'affirmative mais en nuancant selon les paramètres évoqués ci-dessus. En effet, nombreux sont ceux qui travaillent beaucoup car ils ont la possibilité de le faire dans un contexte positif. Reconnu et valorisé, un soignant, à charge égale, se sent moins fatigué.

On passe ainsi de la notion de charge mentale de travail à celle de **charge psychique**. La première est quantitative, la seconde est qualitative, subjective et relative à chaque individu. La notion de charge psychique est définie par son contenu significatif en termes de valeurs sociales et idéologiques et par son contenu subjectif car symbolique du sens que revêt une tâche pour la personne.

Aborder le problème de la charge de travail oblige à décomposer ce qui relève de l'ergonomie et de l'organisationnel d'une part et du psychologique d'autre part. Les variables liées aux caractéristiques personnelles du sujet interviennent peu, nous l'avons vu, dans l'éclosion d'un épuisement professionnel, en dehors de l'âge et du trait de personnalité caractérisé par la robustesse (*hardiness*). Ces résultats sont en apparence contradictoires avec l'intuition psychologique qui suppose qu'une vulnérabilité et une fragilité psychologique ou sociofamiliale offrent les conditions propices à l'apparition d'un burn-out.

Synthèse sur les comportements face au stress

Le SEPS touche des personnes normales mais confrontées à des situations difficiles car parfois sans réponse. L'attitude protectionniste que chacun développe à l'égard des contrariétés les plus diverses renvoie aux schémas individuels et aux processus défensifs presque toujours inconscients. L'hôpital est un lieu où s'affirment des comportements car s'y expriment des sentiments mêlés d'amour, de peur, de tristesse, d'enthousiasme, de déception ou de rivalité, mobilisant la partie la plus affective de la personnalité et menaçant en permanence l'équilibre du soignant. Tout naturellement, les réponses seront de la même nature, c'est-à-dire émotionnelles (fatigue, anxiété...) et provoqueront des changements susceptibles de se stigmatiser avec le temps.

Pour cette raison, nous avons été conduits à donner une lecture existentielle du syndrome d'épuisement professionnel, ce qui nous permet d'affirmer l'existence du SEPS sans être soupçonnés de vouloir « psychiatriser » la personne.

9 De l'analyse du phénomène aux réponses

Les réponses à apporter au syndrome d'épuisement professionnel des soignants découlent de l'analyse du phénomène.

Vouloir donner des réponses à ce problème socio-psychologique s'inscrit dans trois dimensions :

- rechercher non seulement des solutions curatives mais aussi des idées préventives ;
- considérer le « traitement » du burn-out à la fois sous l'angle de l'individu et sous l'angle du groupe social (l'équipe soignante, le service, la structure hospitalière dans son ensemble) ;
- enfin, admettre que les réponses au burn-out rejoignent, recouvrent et dépassent la problématique de réponse au stress professionnel en général.

Toutes les stratégies élaborées et utilisées dans ce que l'on appelle maintenant couramment la gestion du stress et la prévention des risques psychosociaux vont trouver un domaine d'application dans les réponses au burn-out des soignants.

Cependant, il faut penser à la spécificité que nous avons dégagée de l'analyse du phénomène burn-out. Le stress dont nous parlons est un stress chronique (de longue durée), spécifique, lié à la fonction et au lieu d'exercice. C'est la raison pour laquelle nous avons posé le syndrome d'épuisement professionnel comme une « **maladie de la relation d'aide** ». L'atteinte de la relation à l'autre fait la spécificité du burn-out car l'« objet » du travail est l'être humain malade, cet autre moi-même dans la souffrance.

Voir le burn-out des soignants comme unique conséquence d'un problème institutionnel et organisationnel est une analyse restrictive. Cela serait considérer que la personne n'a qu'à « *prendre sur elle* ». Cette position teintée d'un moralisme rigide aboutit à nier qu'il existe des problèmes qui ne peuvent pas être écartés et qui sont sources d'épuisement. D'autres problèmes incontournables sont : le fait de l'humain, les limites des thérapeutiques, la souffrance, les problèmes liés aux crises de conscience de notre médecine et bien sûr les problèmes d'éthique.

Ce qui est caractéristique des réponses au burn-out ce n'est donc pas tant la nouveauté des moyens que l'esprit dans lequel il faut les apporter.

Trois grandes directions de travail peuvent être définies :

- la première a pour objectif **la diminution des stressseurs dans l'environnement** : ce sont les axes organisationnel et institutionnel ; trois acteurs professionnels, un directeur d'hôpital, un médecin du travail et une

psychologue du travail développent la place qu'ils peuvent prendre dans l'amélioration de la reconnaissance et du traitement du burn-out ; chacun étaye ses propositions et ses réflexions à partir de son regard d'expert et de sa place dans « l'entreprise » ;

- la deuxième est une **approche individuelle** avec ses stratégies d'adaptation personnelle et ses réponses singulières ; c'est ainsi que la parole sera donnée à un masseur-kinésithérapeute puis à une équipe de formateurs en soins infirmiers ;
- la troisième est une **approche collective** et pluridisciplinaire, elle conduit à une réflexion sur le sens de l'action sur le terrain et à envisager la dimension éthique du SEPS.

10 Approche institutionnelle

L'approche institutionnelle du burn-out nécessite de considérer les structures hospitalières comme une entreprise soumise à ses lois et à sa culture. Certains services ont des dimensions telles qu'ils prennent l'allure d'une petite ou moyenne entreprise (PME). Les moyens d'investigation doivent être adaptés aux conditions d'évolution et de développement du syndrome d'épuisement professionnel.

Il appartient aujourd'hui de donner le ton à la mise en œuvre d'une politique d'action et de prévention du syndrome d'épuisement professionnel. L'institution est donc amenée à définir des actions propres à améliorer les conditions de travail.

Dans ce chapitre, trois acteurs privilégiés du monde hospitalier tentent de proposer des réponses possibles au SEPS, un directeur d'un grand centre hospitalier, un médecin du travail et une psychologue du travail.

Si les « outils » d'investigation sont nombreux, leur utilisation au niveau de l'institution est encore du domaine de la recherche et probablement soumis aux résistances de la culture hospitalière. Néanmoins, nous proposons deux schémas « expérimentaux » permettant une approche institutionnelle du burn-out. Ils sont complémentaires, empiriques et susceptibles d'évoluer mais ils ont l'avantage d'exister. Le premier est un schéma d'audit élaboré dans le cadre d'un groupe de travail hospitalier et le second est une méthode appliquée d'analyse des facteurs de stress.

Enfin, nous avons accordé une place particulière à la question des soutiens et des groupes de parole qui sont certainement un des moyens les plus actifs de prévention du SEPS au sein des services hospitaliers.

Réponses de certains acteurs professionnels

Réponses des directions hospitalières¹

Partir du constat que le travail en milieu hospitalier peut être pathogène est banal mais il a fallu du temps pour l'admettre et il en faudra encore sans doute pour que cette idée soit pleinement admise.

Deux dimensions sont posées dans ce constat :

- d'une part, il existe des risques clairement physiques ;
- d'autre part, la charge mentale est proportionnelle aux difficultés psychologiques.

1. Michel Bilis, directeur d'établissement.

Les risques encourus physiquement prennent fréquemment la forme de lombalgies et de rachialgies pour cause de port de charge trop lourd ou par méconnaissance ergonomique. On note également la fréquence d'accidents d'exposition au sang, les hépatites, etc., autant de pathologies somatiques qui ont légitimé des dispositifs préventifs de la part des directions hospitalières. Avec l'aide des CHST, des médecins du travail, des spécialistes médicaux et autres experts, la prise en compte des maux est devenue une des priorités qui contribue à l'amélioration des conditions de travail.

Les risques psychologiques exprimés sous formes diverses, telles que la dépression, la fatigue compassionnelle² et l'épuisement professionnel, sont en revanche loin d'être aussi clairs. Il n'en demeure pas moins qu'au sein du monde hospitalier, ces problèmes qui renvoient au psychisme sont depuis longtemps évoqués mais avec une certaine gêne, quand ils ne sont pas purement et simplement tus, voire niés. Quand l'évidence ne peut pas être contournée, on invoque alors des fragilités individuelles qui offrent l'avantage de moins impliquer l'institution. Cet état d'esprit est toujours en vigueur ; les choses évoluent peu compte tenu des conditions de travail de plus en plus lourdes. Le développement d'une réflexion, à partir des soins palliatifs notamment, a certes contribué à révéler au grand jour la notion de « souffrance des soignants ». On retrouve cité dans le troisième Plan cancer 2014-2019 la prévention du burn-out en oncologie comme une recommandation active, mais les moyens financiers tardent à arriver...

Au niveau institutionnel, la direction hospitalière constitue un acteur central dans l'évolution et la prise en compte du burn-out, mais ses réponses laissent à désirer, ce qui renforce le sentiment d'abandon et la perte de confiance dans les organes tutelles. Comment pourrait s'articuler son rôle ?

Deux axes nous paraissent envisageables :

- une réponse en termes de définition de projets d'action par rapport au problème ;
- une réponse en termes d'accompagnement des actions par la mise à disposition de certaines ressources.

La définition de projets d'action

Chacun sait qu'aujourd'hui la charge physique et mentale du travail en milieu hospitalier pèse sur la santé des soignants et qu'il importe de conduire, à ce sujet, des actions tout à la fois préventives et curatives. Ceci ne relève pas du domaine d'action purement médical mais doit s'exprimer et trouver sa traduction dans le projet social de l'hôpital. Celui-ci fera partie ensuite du projet d'établissement que le directeur de l'hôpital pourra formaliser et finaliser.

2. Fatigue compassionnelle : apparu en 1992, ce terme désigne une forme de fatigue par contagion, une sorte de victimisation secondaire affectant le personnel soignant ; elle est détaillée au chapitre 3.

Agir à ce niveau implique que les directions hospitalières soient conscientes de l'importance du problème et disponibles pour aider à son identification et à son traitement. En tant que garantes du bon fonctionnement de leur hôpital, et dans le respect des dispositions légales et réglementaires qui se traduisent en autant de droits que d'obligations, elles se doivent de veiller à ce que les conditions de travail n'aient pas d'effets nuisibles sur la santé et l'équilibre du personnel soignant. Ainsi, les horaires de travail, les rythmes soutenus, les trop longues périodes de travail sans repos — alors que la législation prévoit quatre jours de repos hebdomadaires par quinzaine dont au moins deux jours consécutifs — appartiennent à leur vigilance.

Il convient également d'éviter les trop longues amplitudes d'horaires journaliers. De ce point de vue, le travail en douze heures d'affilée très souvent prises et souhaitées par le personnel comme on l'observe dans les unités de réanimation, devrait être prohibé.

De même, des changements d'équipes s'accompagnant de rotations sur les horaires du matin, de l'après-midi et de la nuit, doivent être bien organisés et espacés. Leurs effets sur la santé du personnel doivent, en plus, faire l'objet d'un suivi attentif — sans parler des répercussions sur le malade qui se sent délaissé par une équipe qu'il ressent comme désinformée quant à sa pathologie.

Une autre préoccupation de la direction repose sur la répartition de la charge de travail. Comment la concevoir équitablement ? Sur l'ensemble des équipes, on observe « des pics et des creux d'activité » pas toujours conformes au nombre de personnel présent, ce qui engendre fatigabilité excessive ou temps morts pénibles.

S'il incombe aux directions hospitalières de veiller à la conformité des conditions de travail, le personnel d'encadrement des services de soins occupe de ce point de vue une fonction également décisive. Il faut donc veiller à ce qu'ils soient formés et sensibilisés au problème de la psychopathologie du travail, afin qu'ils puissent détecter le plus tôt possible les premiers risques précurseurs et les symptômes d'apparition de l'épuisement professionnel.

Nul doute également que les modes d'animation et de direction d'équipe revêtent une importance notable et contribuent à créer une bonne ambiance de travail et à développer le sens de la solidarité.

Une réponse en termes d'accompagnement des actions

Dans le droit fil de ce qui vient d'être exposé, il semble nécessaire d'impulser des politiques de concertation et d'information au sein des services qui soient conduites par le personnel d'encadrement. Pour cela, des lieux et des temps de paroles sont à prévoir. Les conseils de service ou les réunions d'équipe répondent à ces besoins.

Des lieux et des temps d'expression plus axés sur les difficultés personnelles et la souffrance vécue par les soignants sont également souhaitables et possibles grâce aux échanges collectifs ou individuels. Ceci implique la

mise en œuvre de moyens avec notamment la présence d'interlocuteurs spécifiques internes et/ou externes au service voire à l'hôpital. Or, combien de services sont-ils privés de groupes de parole pour les soignants ou de groupes Balint pour les médecins ? Faute de temps et d'argent, faute d'une organisation adaptée et, surtout, faute d'un intérêt pour ce qui n'est pas évaluable quantitativement, les réponses de soutien et d'accompagnement restent encore les grands absents de ces services lourds.

Citons encore les séances de relaxation, de gymnastique ou certains sports propres à diminuer le stress. L'entreprise n'est pas tenue de l'offrir mais peut réfléchir aux aménagements propres à faciliter son accès extérieur.

Enfin, l'environnement, qui n'est pas sans incidence sur l'épuisement professionnel, doit être amélioré sous forme de locaux avenants et d'équipements facilitant le quotidien et diminuant l'effort physique. Il existe certains services où les chambres doubles restent vétustes, sans place pour le mouvement des pieds à perfusion, sans espace pour faire les soins ; pas de rideau séparateur entre les lits, pas de douche si ce n'est une pour deux salles. Les couloirs n'en finissent pas et, lorsque le soignant se situe sur deux étages à la fois, il distille son énergie physique et mentale entre deux salles et un escalier. La réflexion ergonomique et la prise en compte des souhaits du personnel s'inscrivent dans les préoccupations des directions.

En conclusion partielle et provisoire, deux approches exclusives sont à récuser :

- tout ne se règle pas en accumulant toujours plus de moyens humains, matériels et financiers ; s'il faut les greffer sur une mauvaise organisation, ils n'apporteront pas de solution ;
- la bonne parole et la bonne écoute ne suffisent pas non plus à elles seules.

Prendre soin des personnes, au fond, ne diffère pas de prendre soin des patients. Il faut du savoir, des moyens, de la technique et du « relationnel »... beaucoup de relationnel !

Réponses du médecin du travail³

En préambule, il nous paraît important de souligner que le burn-out appartient au registre des risques psychosociaux, risques professionnels dont l'étude souffre d'une confusion fréquente entre causes et conséquences.

Aussi n'est-il pas inutile d'en rappeler la définition de la Direction générale du travail à savoir : « *Les risques psychosociaux sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels/relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (...). Ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial n'est pas sa manifestation, mais son origine.* »

3. Anne Florentin, médecin du travail.

En milieu hospitalier, que l'on parle de stress, de burn-out, d'épuisement professionnel ou de souffrance psychique, tous ces termes recouvrent une réalité alarmante : les personnels sont de plus en plus nombreux à exprimer qu'ils « *ne vont pas bien* », mettant souvent en cause leurs conditions d'exercice professionnel.

Le médecin du travail, dont la mission est de prévenir toute altération de la santé du fait du travail, qu'il s'agisse de santé physique ou psychique, ne peut que se sentir concerné par ce risque professionnel. Pour mener à bien sa mission de préservation de la santé au travail, le médecin du travail dispose de deux approches simultanées : d'une part le suivi individuel des agents au décours des consultations, quel qu'en soit le motif, et, d'autre part, la surveillance et l'étude du milieu de travail.

C'est la corrélation des données issues de ces deux approches indissociables et complémentaires qui lui permet de mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements dans l'organisation et les conditions de travail, d'établir un lien entre santé et travail et de préconiser des moyens de prévention adaptés.

Conseiller, assurant un rôle d'alerte et de veille, il se doit de contribuer à la mise en place de mesures visant à :

- diminuer les facteurs de souffrance et d'épuisement professionnel ;
- identifier les risques, dépister précocement les détériorations encore latentes de la santé, assurer la prise en charge du sujet ;
- corriger les facteurs collectifs de risques psychosociaux, minimiser les conséquences des atteintes à la santé par l'élaboration des solutions les plus adaptées à la réinsertion, à la réadaptation voire au reclassement d'un personnel qui réintègre un milieu dont il faut contribuer à diminuer le niveau de risque.

Dans ce domaine si particulier de la psychopathologie du travail, qui peut se définir comme l'ensemble des conséquences pathologiques liées au travail et qui déterminent une série de difficultés, un malaise..., le cabinet du médecin du travail est bien souvent un lieu où s'exprime la souffrance psychique et où sont reçues les plaintes de l'ensemble du personnel, de l'agent hospitalier au cadre supérieur et au « manager ».

Le médecin du travail est en effet souvent l'interlocuteur privilégié du personnel qui, assuré du respect du secret médical, trouve un lieu d'expression et de paroles sur tout problème de santé mais aussi et souvent sur le vécu du travail, ses contraintes et ses répercussions individuelles ou collectives.

Ainsi, le cabinet du médecin du travail est-il souvent comme un cahier de doléances grand ouvert. Comment reconnaître la doléance, la souffrance et l'épuisement professionnel, qui sont toujours d'expression individuelle ? Faut-il toujours y répondre et comment ? C'est l'exercice presque quotidien auquel est confronté le médecin du travail.

Il faut cependant admettre deux postulats :

- la santé n'est pas un état mais un équilibre instable, résultant de la succession d'ajustements réussis faisant suite à une succession de déséquilibres ;
- le travail n'est jamais neutre à l'égard de la personnalité de chacun : c'est un lieu essentiel de construction de l'identité, de développement personnel et d'élaboration de rapports sociaux ; tout individu s'y construit ou s'y déconstruit.

Le travail peut ainsi être opérateur de santé, si chacun peut introduire dans son exercice professionnel des aménagements conformes à son désir et à sa satisfaction et trouver des facteurs d'épanouissement personnel.

Il peut être source de souffrance face à une organisation du travail qui peut écarter ou nier l'individu (son identité, sa propre conception du travail, ses valeurs, ses attentes/espoirs).

La perte de sens du travail, la non-reconnaissance, tant du travail qu'au travail, telles qu'elles sont parfois observées dans certains services hospitaliers, s'avèrent particulièrement destructurantes et à l'origine d'épuisement professionnel.

Dans ce contexte, l'action du médecin du travail ne se limite pas, contrairement à l'action de tout autre médecin, à un rôle d'écoute et de prise en charge thérapeutique se situant exclusivement au niveau individuel. Sa spécificité est en effet d'avoir simultanément à l'esprit ce qui au sein du travail peut être délétère pour la santé, l'amenant à se préoccuper des conditions collectives d'atteintes à la santé.

Cette double approche lui confère un rôle privilégié d'interface entre la santé et le travail, entre l'individuel et le collectif.

Son rôle, à propos de la souffrance psychique et du burn-out, s'entend, comme dans toute autre pathologie liée au travail, aussi bien au niveau individuel (diagnostic et prise en charge) qu'au niveau de la collectivité. Il consiste à repérer puis à analyser ce qui, dans le travail, peut être source de souffrance afin d'en proposer des modèles d'explications et des pistes de corrections les plus adaptées.

Rôles au niveau individuel

Le premier rôle du médecin du travail est de repérer et de décrypter chez chacun les signes de démotivation et de burn-out.

Écouter les mots

Chez les personnels, la plainte peut être fréquente : elle s'exprime presque quotidiennement dans le cabinet du médecin du travail, affectant, on ne le dira jamais assez, toutes les catégories de personnel.

Cette plainte est parfois nécessaire au sujet.

Faite pour être dite et surtout entendue, la plainte peut être une sorte de façon d'exister pour le sujet qui se plaint. Ne s'adressant pas systématiquement à une personne en particulier mais « aux autres », la plainte traduit un

manque, un vide qu'elle vient remplir. Le sujet qui se plaint n'a pas forcément de demande précise : plus qu'une réponse, il souhaite que l'on authentifie le manque qui lui permettra peut-être plus tard de manifester une demande.

L'écoute de la part du médecin, indispensable pour autoriser un agent à se dire, permet parfois de dissocier plainte et demande, qui n'ont pas nécessairement le même sens.

Comment les différencier ? C'est l'une des questions qui se posent au médecin du travail.

La plainte peut en effet exprimer une souffrance sans appeler pour autant obligatoirement de réponse immédiate, l'écoute pouvant suffire.

Le médecin du travail doit reconnaître cette plainte et surtout la respecter, au risque de se sentir lui-même frustré. Un médecin du travail qui ne supporterait pas d'entendre la plainte et tenterait à tout prix de la combler ou, à l'inverse, de la nier pourrait, en refusant à l'agent le droit de se plaindre, lui retirer un espace pour s'exprimer. Or c'est souvent ce qui manque sur le lieu de travail.

Se précipiter au-devant d'une plainte serait parfois prendre le risque de dire au soignant qui se plaint qu'il ne manque de rien.

Le médecin du travail, s'il doit savoir écouter, peut devoir accepter d'être démuni, accepter son désarroi, voire reconnaître son impuissance.

Très régulièrement, des agents viennent voir le médecin du travail et « déballet » ce qui va et, surtout, ce qui ne va pas. Son cabinet est un lieu privilégié de déversement de toutes les paroles que l'on ne peut énoncer ailleurs sur le lieu de travail.

Les griefs peuvent porter sur la dégradation de leur état de santé, sur la fatigue qu'il convient de décrypter mais aussi sur leurs conditions de travail.

Ce baluchon est parfois difficile à gérer, même s'il semble bien souvent que le fait de s'en délester auprès du médecin du travail soit salutaire pour de nombreux agents.

Qu'en faire ? Le médecin du travail doit en effet se garder de toute « psychothérapie sauvage », même si la tentation est forte chez de nombreux agents, en fonction du contact établi avec le médecin du travail, de vouloir le prendre comme seul interlocuteur de leur souffrance au risque de ne pas s'adresser si besoin à un thérapeute spécialisé. Et les voilà qui repartent rassurés : « *Ça m'a fait du bien, vous au moins on peut vous parler* » et de reprendre un rendez-vous pour le mois suivant...

Or si le médecin du travail contribue par cette écoute privilégiée et compréhensive à amorcer de façon active une prise en charge thérapeutique, il exerce cependant dans un cadre aux limites précises.

Il ne lui appartient pas de se substituer à un thérapeute extérieur en assurant le suivi médical prolongé des agents. Sa place même au sein de l'institution l'amène par ailleurs à se préoccuper également de la santé des équipes, tant médicales que paramédicales, et donc de la collectivité.

Il ne peut de ce fait être le seul médecin référent en ce qui concerne la prise en charge du personnel, qu'il s'agisse de symptômes somatiques ou psychiques. Le médecin du travail, dans le cadre de sa mission de prévention de la santé au travail, doit également apprécier l'aptitude médicale d'un agent à son poste de travail en s'assurant : d'une part que le poste de travail, du fait de ses caractéristiques, n'est pas préjudiciable à l'agent, compte tenu d'éventuelles limites physiques et/ou mentales, d'autre part que l'agent ne fait courir aucun « risque » pour la collectivité, collègues et patients.

Aussi, la relation entre un médecin du travail et un agent ne peut être la même que celle qui pourrait s'établir entre cet agent et un médecin exerçant hors du lieu de travail. Les enjeux en sont différents : le souci de la santé de la collectivité, la connaissance du milieu de travail rendent compte de l'apparente contradiction et d'un certain nombre de difficultés parfois rencontrées entre les avis du médecin du travail et les autres praticiens.

Ainsi, un psychothérapeute peut être amené, dans l'intérêt de son patient, à préconiser une reprise rapide du travail pour maintenir l'équilibre psychique de l'agent et ne pas induire de désocialisation. Un tel avis, aussi pertinent soit-il, peut sembler s'opposer à celui du médecin du travail à qui la reprise pourrait paraître prématurée, du fait des difficultés et des délais dans l'adaptation du poste de travail, des obstacles à l'insertion dans le collectif de travail.

Chaque soignant a dû en faire l'expérience au sein de son service : on ne peut pas systématiquement demander à une équipe dont les sujets sont souvent en surcharge de travail d'accepter la reprise anticipée d'un des leurs en invoquant la tolérance et la solidarité. Il en va parfois de la stabilité d'un groupe et de son équilibre, préoccupation spécifique du médecin du travail.

Comprendre les enjeux

« Ça ne va pas Docteur, il faut que je vous dise. »

La plainte peut devenir accusation d'un système et émaner de toutes les catégories de personnel — qu'ils parlent des autres ou des conditions de travail — tant il est vrai que l'attribution aux autres de ses propres sentiments est fréquente.

L'encadrement évoque la mauvaise utilisation des ressources ou du matériel, la dégradation des installations, l'absentéisme, l'insuffisance du service rendu au patient. Bien souvent, les difficultés rencontrées au sein de l'équipe sont mises sur le compte du comportement du personnel, qui opposerait une force d'inertie à tout changement, qui manquerait de motivation et qui n'aurait plus le sens des responsabilités.

Le personnel exprime ses griefs vis-à-vis d'une hiérarchie qui en demanderait toujours plus : ils parlent de sous-effectif, de manque de moyens, de décisions dont ils ne comprennent pas toujours la logique.

Reconnaître les indicateurs d'alerte

Les agents se disent « vidés », sont en rupture avec le vécu antérieur de leur métier qu'ils aiment à évoquer. Ils alternent entre manifestations d'énervement, de colère, de remise en cause fréquente de leur entourage professionnel et abattement. Ils ont la sensation d'être broyés par un métier avec diminution de l'investissement, repli sur soi, sentiment d'échec voire de honte devant leur incapacité à exercer correctement. L'absence de reconnaissance contribue davantage à limiter l'accomplissement de soi que chacun vient chercher dans le travail. Petit à petit, le regard devient de plus en plus critique, leur rapport au métier se modifie avec une transformation des attentes et des croyances. De plus en plus démotivé, le sujet épuisé ne lutte plus, se sentant complètement dépassé. Les soins deviennent difficiles : certains se réfugient derrière une carapace technique, d'autres dans des comportements de fuite ou des conduites addictives.

Si l'absentéisme fréquent, en particulier de courte durée, en est l'une des manifestations habituelles, il faut également se méfier du présentéisme. Il s'agit pour certains d'être présent de manière excessive (dépassement d'horaires, travail chez soi le soir et les week-ends) par loyauté, surinvestissement, perte de la frontière travail/hors travail, ou d'être présent même quand on est fatigué ou malade par professionnalisme, par surengagement ou crainte de générer une surcharge de travail à ses collègues du fait de son absence. Les cadres et les directions sont particulièrement touchés par ce phénomène.

Pour d'autres, il s'agit d'être physiquement présent sur son lieu de travail mais sans engagement dans l'exercice des tâches à effectuer : perte de concentration, perte de sens, moindre qualité de travail — présent physiquement mais psychiquement absent. Cette situation peut traduire un état de « démission intérieure » par démotivation, insatisfaction, ou s'apparenter à une stratégie en étant présent pour être vu et reconnu.

Le présentéisme est un facteur de risque pour la santé des agents, le surinvestissement au travail entraînant un état d'épuisement émotionnel qui fait le lit du burn-out.

Entendre les maux

Chacun n'a pas la même facilité à dire ses difficultés et à faire son travail. Il faut l'espace de confiance offert par le médecin du travail pour parler de son impression de ne pas arriver à s'en sortir, de n'être qu'en face de choix impossibles à faire, pour parler de l'envahissement du travail sur la vie de famille, sur les loisirs, sur la difficulté de s'occuper de ses enfants, sur les relations avec son conjoint(e), sur la peur de reprendre le travail à l'issue d'un repos ou d'un week-end.

Et puis arrive un moment où la plainte peut avoir disparu sans que cela soit forcément salutaire.

Il est des silences éloquentes que le médecin du travail est appelé à élucider. Le silence peut être parfois la meilleure façon pour un agent de se préserver sans être dupe lui-même de cette souffrance gardée pour lui. Certaines personnes savent par expérience personnelle qu'elles ne peuvent « tenir » qu'en se refusant le droit de s'apitoyer. Alors on paraît froid, on semble démissionner, on se tait pour s'économiser, pour ne pas risquer un conflit ou pour préserver son entourage. En effet, de nombreuses personnes ne font pas part de leurs difficultés au travail dès lors qu'elles sont rentrées à la maison : « *Je vais pas l'embêter avec ça* », quand ce n'est pas le conjoint qui l'« interdit » !

Si la plainte a disparu, la souffrance est toujours là, génératrice de maux qu'il faut entendre.

Le médecin du travail doit reconnaître ces signes de souffrance et d'épuisement professionnel. Ils peuvent être physiologiques (fatigue, troubles psychosomatiques...), émotionnels (insatisfaction, irritabilité...), comportementaux (désintérêt, cynisme, désengagement) ou cognitifs (confusion, difficulté à prendre une décision, etc.).

Les différents stades de l'épuisement professionnel sont en particulier décrits par les travaux de Margot Phaneuf (Canada), qui distingue quatre stades avec pour chacun des signes relatifs à la performance au travail, à l'état psychologique, aux mécanismes d'adaptation et aux troubles somatiques.

Il appartient également au médecin du travail, et ce dans de nombreux cas, de faire admettre au soignant qu'il « a le droit » de souffrir et de demander de l'aide. En effet, le déni est tel que de nombreux soignants, en particulier les médecins, se refusent le droit de « faire une dépression », le malade étant par définition « l'autre », celui à qui l'on prodigue des soins. Alors on parle de fatigue, de surmenage.

Le deuxième rôle du médecin du travail est d'accompagner et de tenter de soulager chaque personne.

Quels « conseils » prodiguer ?

La prise en charge de la souffrance et de l'épuisement professionnel du personnel ne peut se limiter à une approche strictement individuelle.

Cependant, face à un sujet qui atteste de signes d'épuisement et indépendamment des indispensables actions collectives à mettre en œuvre, le médecin du travail se doit lors de la consultation « d'aider » l'agent.

Il n'y a pas de solutions individuelles qui ne se construisent sans l'agent pas plus qu'il n'y a de solutions « clé en main » : les conseils ne peuvent être prodigués qu'au cas par cas, en fonction du sujet, de son degré d'épuisement et de la forme que revêt sa souffrance. Certains ont tendance à utiliser la fuite, l'évitement, d'autres à l'inverse recherchent le conflit, la confrontation.

Au décours de la consultation, il est primordial d'aborder la question du travail et de ne pas s'en tenir exclusivement à l'état de santé de l'agent.

L'entretien permet ainsi, en abordant aussi bien le domaine de la santé que celui du travail, d'amener parfois l'agent à reformuler ses attentes par rapport au milieu de travail afin qu'il trouve un compromis acceptable entre son idéal et la réalité. Le projet initial de réalisation de soi par le travail doit parfois être révisé : le prix d'excellence n'est pas forcément une fin en soi ! Il suffit parfois de discuter « *de tout et de rien* », de l'échelle de valeurs qui fait sens pour l'agent pour mieux relativiser l'impact des contraintes inhérentes au travail.

Remettre le travail au centre des préoccupations, autoriser la parole d'un agent et écouter ce qu'il a à dire de sa situation de travail, sans récuser mais bien au contraire en acceptant la dimension subjective de son récit, permet de rendre plus visible le lien entre santé et travail. Explorer cette situation, en discuter avec l'agent permet à ce dernier d'en prendre conscience, ce qui facilite sa propre compréhension et élaboration. Car le propos est aussi — et surtout ! — que l'agent soit l'acteur de la transformation de son rapport au travail.

Il est parfois utile de préconiser un arrêt de travail (et d'émettre un avis d'incapacité médicale temporaire) pour permettre à l'agent de relâcher le rythme, de prendre du recul face à une situation devenue intolérable et parfois pour le protéger. C'est parfois la seule alternative pour désamorcer une confrontation dont les conséquences administratives pourraient être lourdes pour l'agent. Cette solution est bien évidemment temporaire et ne dispense en aucun cas d'une approche plus globale des difficultés rencontrées au sein du travail, tant il est vrai que les mêmes causes produisent les mêmes effets.

Un changement de poste peut être bénéfique sous réserve que l'agent le souhaite et que ce changement s'inscrive pour lui dans un projet professionnel afin de ne pas être vécu comme une mesure d'exclusion ou de punition.

La recherche de solutions externes au travail dépend en partie des habitudes de vie de l'agent mises à jour par l'entretien. Ainsi, est-on amené parfois à encourager la pratique d'un sport, d'un loisir ou de hobbies, selon les goûts du sujet, afin de développer un support social lors d'activités extra-professionnelles.

Il est en effet essentiel que le sujet réapprenne à s'occuper de lui, qu'il s'accorde du temps pour la détente et qu'il puisse s'insérer dans un réseau relationnel extraprofessionnel lui permettant de se ressourcer.

Le recours à un stage de gestion du stress ou de *coping*, préconisé par certains, peut s'avérer intéressant.

Le *coping* (ou stratégie d'ajustement) désigne les « *efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes créées par la transaction stressante* » (Folkman, 1984). C'est une riposte constituée des processus qu'une personne va interposer entre elle et les événements perçus comme stressants, pour garantir son bien-être physique et psychique. Il peut s'agir d'une activité ou d'un processus de pensée. Ainsi,

chacun peut-il apprendre à identifier ses zones de fragilité, à mieux situer son investissement affectif dans la relation avec les collègues et les patients, et à faire la différence entre valeur personnelle et performance. Ces stages ont pour but d'acquérir une meilleure maîtrise du contrôle émotionnel.

La prescription de médicaments, et en particulier de psychotropes, est rarement indiquée et réservée à des pathologies plus lourdes (dépression vraie).

Lorsque la personne est à un stade d'épuisement très avancé, l'orientation vers une prise en charge spécialisée peut s'avérer indispensable et il faut parfois beaucoup de doigté pour faire admettre à des soignants qu'ils peuvent « *faire une dépression* » et que les psychiatres ne s'occupent pas que des « *fous* »...

Quels qu'ils soient, tous ces conseils individuels et souvent informels visant à soulager un agent, aussi pertinents soient-ils, n'auront jamais qu'un impact symptomatique. Ils ne sauraient se substituer à une solution plus globale qui passe par l'étude et l'amélioration de l'organisation du travail et des conditions de vie au travail.

La réponse du médecin du travail ne peut en effet pas être exclusivement individuelle, qu'il s'agisse de l'identification de l'épuisement professionnel, de sa correction ou de sa prévention.

Il lui appartient de passer d'une démarche d'accompagnement individualisé à une démarche de prévention, qui passe obligatoirement par l'étude de la dimension collective de la souffrance.

À cette fin, pour agir de manière préventive à l'égard du burn-out, le médecin du travail doit intégrer — et surtout faire accepter par ses interlocuteurs... — la dimension subjective des personnels, tout en déterminant, dans le même temps, ce en quoi l'organisation du travail peut générer des facteurs d'épuisement professionnel.

Pour passer d'une démarche individuelle à une démarche collective, le médecin du travail se devra de souligner le caractère collectif d'un problème souvent vécu de façon individuelle, de mettre en débat les questions relatives à un vécu de souffrance et/ou d'épuisement professionnel, de trouver les déterminants de cette situation et leurs interactions et de partager le diagnostic issu de l'analyse des déterminants pour qu'il soit ensuite possible à la collectivité de construire des axes d'actions.

Rôles au niveau de la collectivité

Le troisième rôle du médecin du travail est le repérage, au sein de l'organisation du travail, des dysfonctionnements facteurs de burn-out.

Cette action est primordiale, et spécifique de la mission du médecin du travail.

L'étude d'un problème doit dépasser l'observation et la simple description que peuvent en faire les uns et les autres, pour s'attacher à savoir ce qui se passe réellement.

Il s'agit d'« *analyser les situations de travail pour les améliorer* ». Ainsi, le médecin du travail peut-il initier, mener ou participer à un certain nombre d'actions visant à identifier les facteurs collectifs de souffrance et de burn-out. Parmi les différentes approches d'évaluation, certaines sont quantitatives (approche ergonomique, épidémiologique) ou qualitatives (psychodynamique).

L'approche ergonomique

L'approche ergonomique repose sur l'observation du travail : elle consiste à analyser les conditions de travail en allant voir et en mesurant à l'aide d'un certain nombre de paramètres ce qui se passe sur le lieu de travail.

Elle s'appuie sur l'étude de l'organisation du travail en se référant essentiellement aux postes de travail dont elle détermine les caractéristiques physiques, chimiques, biologiques ou psychiques.

Elle permet une étude quantitative de la charge de travail qui pèse sur chacun en en définissant les contraintes externes physiques (déplacements, gestes, postures, ports de charge, etc.) ou psychiques (mobilisation des connaissances, temps consacré à la concertation au sein de l'équipe, temps pour la prise d'information concernant les malades, niveau de décision, interruptions, actes imprévus, parcellisation du travail, etc.).

On a cependant longtemps considéré qu'il suffisait d'observer le travail pour établir un lien de causalité entre conditions de travail et santé, en mettant en évidence les contraintes pathogènes pour les agents. Or les contraintes qui s'imposent à un sujet relèvent plus de l'organisation même du travail, de la division du travail (division des tâches, cadence, répartition, mode opératoire prescrit) et de la division des hommes (niveau de responsabilité, hiérarchie, formation, etc.) que des conditions de travail.

Ainsi, si les conditions de travail ont des conséquences essentiellement sur le corps, à l'origine d'usure, de vieillissement et de maladies somatiques, c'est surtout l'organisation du travail qui met en jeu l'équilibre psychique d'un individu en autorisant ou non l'intérêt du travail, la motivation et l'investissement.

C'est du conflit entre organisation du travail et équilibre psychique que naît la souffrance.

L'écueil de l'approche ergonomique est de ne pas prendre en compte l'impact de la charge ou surcharge de travail en fonction des individus, et de négliger tout ce qui est du domaine de la subjectivité. L'un des meilleurs exemples, au risque d'être caricatural, est la gestion du bruit : la réponse ergonomique consiste à mesurer le niveau de bruit en décibels et à le comparer aux seuils de tolérance ou de dangerosité. Un bruit de 60 dB, bien inférieur aux seuils, apparaît acceptable ; or il peut s'avérer gênant, ce qui donne toute sa valeur à son contenu subjectif autant qu'à son niveau sonore.

L'approche épidémiologique

Elle repose sur la mise en évidence (grâce à des tests statistiques) des facteurs de risque de rencontrer une pathologie ou un symptôme.

Il s'agit également d'une méthode précise qui a pour but de fournir des données chiffrées, anonymes et collectives, grâce à des questionnaires ou échelles préalablement validés, s'adressant au personnel.

Il existe plusieurs questionnaires : leur choix dépend des situations de travail que l'on se propose d'explorer et de la méthodologie retenue (définition des objectifs, des moyens et des délais).

Parmi ceux-ci, sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer :

- le *Nursing Stress Scale*, de Gray-Toft (NSS, 34 questions) : il s'adresse au personnel infirmier et explore sept types de situations relatives à la charge de travail, l'accompagnement des malades, le manque de soutien, l'insuffisance de formation, les conflits avec les médecins et les autres infirmières, les incertitudes liées aux traitements ;
- le *General Health Questionnaire* (12 items) : c'est un indicateur de santé mentale explorant la souffrance psychique par des questions relatives à la satisfaction, la capacité de prendre des décisions, la concentration, la tension ressentie, la capacité à faire face... ;
- le *Maslach Burnout Inventory* (MBI, 22 questions), ou échelle de Maslach et Jackson : il permet de quantifier le burn-out selon trois composantes que sont :
 - l'épuisement émotionnel avec fatigue extrême ;
 - le désinvestissement de la relation avec perte d'empathie pour les autres, facteur de déshumanisation et de dépersonnalisation ;
 - la diminution de l'accomplissement personnel avec perte de l'estime de soi, perte d'intérêt et attitudes de retrait⁴ ;
- le *Perceived Stress Scale* de Cohen, Kamarck et Mermelstein (PSS) : il mesure le stress perçu et évalue l'importance avec laquelle des situations sont perçues comme menaçantes ;
- le *Coping Inventory for Stressful Situations* de Endler et Parker (CISS, 48 items) : il explore les stratégies d'ajustement centrées sur les émotions, l'évitement et la tâche ;
- l'Inventaire de la description de l'activité professionnelle (IDAP) : il mesure l'activité professionnelle selon les six directions que sont la variété perçue de la tâche, la valeur perçue de la tâche, l'autonomie de la tâche, le feedback en provenance d'un tiers, le conflit de rôle et l'absence d'ambiguïté du rôle.

Quel que soit le questionnaire retenu, l'étude épidémiologique permet un recueil d'informations précises et précieuses relatives aux facteurs de charges psychique et mentale (intérêt du travail, satisfaction, ambiance du

4. Cf. chapitre 5 et Annexe.

travail, correspondance entre qualification et travail effectué, interruption de la tâche, niveau des explications sur le travail, besoin de réorganiser son travail, type d'horaires, pénibilité des horaires, etc.). Ces données sont corrélées à des indicateurs de santé mentale (fatigue, troubles du sommeil, prise de médicaments anxiolytiques, somnifères ou antidépresseurs, absentéisme...) ainsi qu'aux questions relatives aux conséquences du travail sur la vie extraprofessionnelle, sur l'humeur, le temps accordé aux loisirs, etc.

Si les études épidémiologiques permettent un constat objectif (à condition d'être rigoureuses), elles sont cependant lourdes, chronophages, et sont parfois mal perçues par des soignants souvent sollicités par des audits. Par ailleurs, il faut se garder d'un certain amalgame avec nombre d'enquêtes de satisfaction dont ont été tributaires les soignants, sans qu'ils aient toujours eu l'impression que les choses s'arrangeaient pour autant sur le terrain.

On ne peut nier cependant, malgré leurs limites, l'intérêt des études ergonomiques et épidémiologiques : elles fournissent des données qui, parce qu'elles sont chiffrées, sont mieux comprises et apparaissent plus recevables par la collectivité. La présentation de ces chiffres aux instances, en particulier au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), contribue à amorcer un débat dont on peut espérer qu'il conduise à la mise en place d'une politique de prévention.

L'approche psychodynamique

La psychodynamique, développée par Christophe Dejours, concerne l'analyse dynamique des processus psychiques mis en œuvre par une personne confrontée à la réalité du travail⁵. Le travail s'entend au sens d'activité, c'est-à-dire de ce qui se fait réellement en situation de travail. La psychodynamique, qui considère que l'observation seule ne suffit pas, s'attache à explorer le décalage entre le travail prescrit et le travail réel.

Il s'agit d'une approche qualitative qui étudie les conflits qui résultent de la rencontre entre un individu tributaire de sa propre histoire et le travail dont les règles sont la plupart du temps définies indépendamment de la volonté de cette personne. L'objectif de la psychodynamique est de faire émerger les manifestations de la souffrance générée par l'organisation du travail, en rendant plus lisible ce qui se passe réellement sur le lieu de travail dans le déroulement de ses différentes séquences, après avoir levé les stratégies de défense.

La méthode consiste à s'appuyer sur la parole des soignants telle qu'elle s'exprime au sein de groupes constitués de volontaires.

Le postulat est en effet que l'on ne peut dissocier subjectivité et travail, et que toutes les descriptions du travail qui ne tiendraient pas compte du sujet seraient grossières.

5. Cf. « Stratégies d'adaptation collectives » au chapitre 7.

Comme le souligne Ch. Dejours, on ne devient pas un malade mental simplement parce que l'on travaille. Dès lors se sont posées de nouvelles questions : Pourquoi les gens qui travaillent restent-ils « normaux » ? Comment font-ils pour ne pas devenir fous en dépit des conditions de travail ?

Cette approche a engendré un nouveau concept : à savoir que la normalité se conquiert et qu'il faut lutter pour rester normal — comme il faut lutter pour rester en bonne santé. Ainsi pourrait exister un état intermédiaire entre le normal et le pathologique où s'inscrirait la souffrance.

La souffrance se situerait entre la maladie mentale décompensée et le bien-être psychique, objectif idéal jamais atteint. Peut-il pour autant exister une souffrance « bénéfique » qui traduise l'ajustement de l'organisation du travail au désir qu'en a un sujet en faisant appel à de nombreuses stratégies de régulation ? La souffrance, considérée comme une étape, pourrait-elle induire une protection contre la décompensation ?

Possible, indique la psychodynamique, dès lors que la souffrance est le résultat d'un compromis et qu'elle suscite des stratégies de défense qui vont transformer la perception que l'on a d'une réalité qui fait souffrir en plaisir, pour assurer un niveau d'autoconservation.

L'enjeu devient donc de transformer la souffrance en plaisir.

Chaque sujet va développer ses stratégies de défense : en milieu de travail comme ailleurs, nous avons tous une appréhension de la réalité qui dépend de notre équipement psychique (pulsions, besoins désirs, investissement) et qui conditionne notre comportement.

Dans le monde du travail cependant, où le risque psychique est partagé, les défenses deviennent collectives.

C'est tout l'enjeu de la psychodynamique que d'étudier ces ajustements faits au quotidien par le personnel en travaillant sur ce qui fait sens pour tout le monde.

Dès lors s'ouvre un champ d'investigations supplémentaires, dont ne peut que se réjouir le médecin du travail.

Identifier les stratégies défensives collectives

Un groupe n'est pas qu'une somme d'individus : il a son propre fonctionnement, d'autant plus complexe que le groupe est important. Appréhender cette réalité, c'est pour le médecin du travail savoir contre quoi et comment va se « battre » une équipe au quotidien, ce qui revient à évaluer les défenses mises en place collectivement au sein d'une équipe de soignants.

« Les cultures du risque atténuent la peur mais ne suppriment pas le danger. »

Ces défenses collectives⁶ vont constituer une modalité d'adaptation à une organisation du travail qui pourrait blesser chacun : elles sont un moyen de

6. Pour plus de détails, cf. « Clinique des stratégies collectives de défense » au chapitre 7.

lutte contre la souffrance plus lié à l'organisation même du travail qu'à la psychologie des individus.

Elles fonctionnent comme des règles définies de façon consensuelle au sein du groupe afin de protéger chacune des personnes qui y adhèrent.

Ces mécanismes de défense ont leur nécessité, qui est de permettre de fonctionner en limitant les risques de décompensation mais également leurs excès, qui s'illustrent par les dysfonctionnements relationnels ou la marginalisation de celui qui n'adhérerait pas à la culture du groupe.

Connaître ces stratégies de défense collectives est d'autant plus utile au médecin du travail qu'il peut être amené parfois à voir l'agent qui lui est présenté comme ayant des problèmes d'adaptation ou de relations interpersonnelles : cet agent « *ne jouant pas le jeu* » est considéré comme la « *forte tête* » du service.

Il suffit en effet parfois d'un grain de sable dans les défenses collectives pour que le travail rende malade...

Les stratégies défensives collectives revêtent plusieurs formes. Il appartient au médecin du travail de les élucider et d'étudier en particulier les distorsions de la communication existant au niveau des services.

Il peut s'agir de la désignation d'ennemis communs : certains agents défendent leur savoir-faire, voire leur territoire, soit par un refus de collaboration, soit par un refus des intrus qui en pactisant avec l'ennemi sont suspects de trahison. Ainsi, il arrive que dans certains services des infirmières « *s'entendant trop bien* » avec les médecins soient exclues du groupe, et il en est de même avec les cadres suspects de faire le jeu de la direction... Cette désignation d'ennemis communs se retrouve aussi bien au sein de certains services qu'au sein de certaines catégories professionnelles, indépendamment du service d'affectation. Le but est d'affirmer et de partager l'appartenance à une équipe.

L'activisme est un autre mode de défense collective contre la souffrance au travail. Il affecte de préférence les décideurs, mais peut s'imposer à une équipe à l'initiative le plus souvent de l'encadrement ou de l'équipe médicale. Être débordé en permanence, occuper de façon maximale le temps autorisé à ne pas penser, quitte à occulter ce qui pourrait ne pas aller. C'est la fuite en avant pour ne pas ressentir d'angoisse. En se refusant des temps de disponibilité, on s'expose moins au risque d'être interpellé sur son travail.

L'évitement de toute situation qui pourrait amener à s'expliquer sur l'organisation du travail, le travail effectué ou la souffrance constitue un autre mode de défense collective plus radicale, illustré par le silence qui s'impose à tous comme un pacte : « *Ce qui se passe ici ne regarde personne...* »

Ce silence peut prévaloir entre les membres d'une équipe, mais également à l'égard des autres services ou de la direction. Dans ce cas, la constitution d'un tel îlot permet au service de se ménager une marge de manœuvre et de préserver son autonomie de fonctionnement. Le risque, cependant, est d'induire

une absence de reconnaissance de la part d'autrui, source de souffrance. Le silence renvoie également souvent chacun à ses problèmes personnels : « *C'est parce que vous avez des problèmes personnels que vous dites que...* »

Repérer les règles du métier

Toutes les enquêtes de terrain montrent qu'il existe un décalage, repéré en particulier par les ergonomes, entre l'organisation du travail telle qu'elle est prescrite et l'organisation réelle. Ce décalage, qui induit en premier lieu des difficultés du fait de l'incompréhension des différents membres d'une équipe, peut être source de conflits.

Si la prescription du travail est trop rigide, le décalage ne peut pas être négocié par les soignants : il en résulte ennui, répétition, irritation voire peur, qui sont sources de souffrance et de lutte contre la souffrance par l'élaboration de défenses collectives. À l'inverse, ce décalage peut également représenter un espace ouvert permettant à l'individu d'agir et de mettre en œuvre des « ficelles », des savoir-faire de terrain regroupés sous le terme d'« intelligence rusée ».

Ces modalités, qui peuvent au début être individuelles, vont être validées par le reste de l'équipe et servir à construire les « règles du métier », qui ne sont pas forcément en accord avec les règles officielles.

De même que les défenses collectives mises en place, il importe que le médecin du travail les repère pour d'une part mieux situer le contexte dans lequel évolue chaque individu, d'autre part pour ne pas risquer de commettre des impairs dans sa façon d'appréhender le groupe — en particulier lorsqu'il s'agira de mettre en place des actions de prévention.

Les règles du métier, au nombre de quatre, sont des outils qui servent à assurer la cohésion du groupe. Nécessaires à l'élaboration de relations de confiance entre les membres d'un groupe, elles se posent comme des principes régulateurs pour gérer les difficultés ordinaires et extraordinaires :

- **les règles sociales** fixent les manières de vivre ensemble, qu'il s'agisse de politesse, d'usages, de bienséance ou de tenue vestimentaire. Elles s'appliquent dans toutes les actions qui relèvent de la convivialité (réunions, pots, etc.). Intégrer ces règles sociales, même si cela peut être une contrainte, pose en pratique peu de problème à chacun des sujets ;
- **les règles langagières** servent à nommer les façons de faire. Elles font partie du dispositif de communication et peuvent être différentes selon les catégories professionnelles, à l'origine parfois de malentendus entre les équipes. Ces règles langagières sont en général vite acquises par les soignants, au risque parfois de faire partie des stratégies défensives (utilisation trop fréquente par exemple de jargons, de sigles ou d'abréviations) ;
- **les règles techniques** sont les façons réelles de faire, parfois bien différentes des façons de faire prescrites : « ficelles », « trucs » et astuces déployés au quotidien par les soignants qui trouvent là une place pour l'intuition,

l'ingéniosité voire pour le talent. Ces façons de faire réelles ne s'écrivent pas, ne se voient pas toujours : il faut du temps pour les explorer et seuls les soignants qui les réalisent peuvent les relater ;

- **les règles éthiques** sont celles qui structurent l'ensemble. Elles permettent de statuer sur ce qui est bien ou non. Même s'il existe des règles éthiques transversales et communes à tout le service public, il est parfois nécessaire à un sujet dans l'exercice de sa profession de tricher avec ces règles — quitte à ce que cette obligation soit en contradiction avec sa propre éthique. Cette distorsion est une grande source de souffrance.

Validées au sein du groupe et respectées par chacun de ses membres, les règles du métier induisent la reconnaissance d'autrui (encadrement, collèges...).

Cette reconnaissance s'appuie sur le jugement dit de beauté, qui s'attache à définir si le travail a été fait dans les règles de l'art, et sur le jugement d'utilité qui a pour but de définir si l'objectif de travail a été atteint, sans forcément d'ailleurs se préoccuper des moyens.

Du fait de leur place particulière à un niveau de maîtrise intermédiaire, où ils sont tributaires des deux jugements parfois contradictoires que sont le jugement de beauté de la part de leurs pairs et par ailleurs le jugement d'utilité de la part de la hiérarchie et/ou des gestionnaires, les cadres sont particulièrement exposés à la souffrance et au burn-out.

Le quatrième rôle du médecin du travail est de témoigner de la souffrance du personnel et d'en fournir des modèles d'explication.

Au risque d'énoncer une lapalissade, il faut insister sur le fait qu'il ne peut y avoir d'action de prévention d'un problème de santé au travail que si celui-ci est identifié et porté à la connaissance de tous...

Et c'est peut-être là l'un des rôles essentiels du médecin du travail que de se faire l'écho auprès de la collectivité et des instances en particulier de la souffrance exprimée par les soignants dans son cabinet.

Il lui appartient de témoigner de cette souffrance tout en fournissant des modèles d'explication qui tiennent compte de certaines organisations du travail.

Nommer les risques, c'est en effet commencer à les prévenir.

Le diagnostic va permettre d'identifier les déséquilibres, les tensions, les dysfonctionnements, les facteurs d'usure et de burn-out et de poser ainsi les premières bases d'un plan de prévention.

Par ailleurs, il semble trop souvent admis que la souffrance psychique du personnel et le burn-out soient essentiellement liés à la confrontation avec la souffrance, la maladie et la mort des patients qui sont, il est vrai, le lot quotidien des soignants. Prodiguer des soins est effectivement en soi facteur de stress, du fait de la forte implication psychologique de la fonction soignante, associée parfois à un fantasme d'invulnérabilité, dans un contexte d'inéluctable gestion de l'imprévisible.

Il n'est pas question de nier l'importance de ce facteur sur la charge psychique, mais le considérer comme unique serait réducteur — au risque de ne pas aborder les problèmes d'organisation du travail.

La souffrance au travail d'un sujet ne reflète pas uniquement une problématique individuelle : elle résulte aussi de la confrontation avec un milieu de travail.

C'est donc également au sein de l'organisation du travail que l'on peut en trouver causes et résolutions, et pas uniquement en considérant le comportement ou la personnalité du sujet.

Le contexte de l'hôpital est particulier du fait de la dualité parfois compliquée entre soins et « rentabilité ».

Les contraintes organisationnelles deviennent de plus en plus pressantes avec une rationalisation managériale, un tournant gestionnaire, l'implantation de nouveaux systèmes de management et de pilotage pour améliorer la performance à long terme. Il en résulte un ensemble d'indicateurs et de mesures reposant sur un axe financier, un axe client, un axe processus interne, un axe organisationnel... et une multiplication des règles, des consignes, des procédures, où urgence et immédiateté semblent parfois érigées en mode d'action.

Pour les équipes, les prescriptions de travail ne semblent pas s'appuyer forcément sur les manières réelles de faire ; le travail d'organisation et de résolution des contradictions semble augmenter.

Le milieu hospitalier suppose par ailleurs une nécessaire coopération des professionnels entre eux avec, parfois, une certaine distance avec les règles officielles, de fréquentes régulations dans le travail quotidien.

C'est ainsi qu'à l'accumulation des tâches peuvent se greffer des contraintes de temps, des modifications intempestives de la planification des tâches, des instructions parfois contradictoires. Il peut en résulter chez chacun un conflit éthique difficilement supportable.

Dans ce contexte, certains facteurs générateurs de burn-out sont liés à la spécificité d'une relation d'aide et à un défaut de communication.

Il en est ainsi de l'inquiétude des soignants quant à la prise en charge des malades — qualité de vie du malade insuffisamment prise en compte, informations médicales disponibles jugées insuffisantes avec peur de commettre une faute grave, appréhension à devoir faire face seul(e) à une urgence (en l'absence de médecin disponible), inquiétude à l'égard des traitements, manque de soutien avec sentiment d'isolement, de peur parfois des malades, voire de répugnance lors de soins — ou de la non-prise en compte des connaissances professionnelles spécifiques, avec manque de considération et de respect pour le travail émanant des malades ou de l'équipe médicale, ou encore absence de gratification.

D'autres facteurs de souffrance sont étroitement liés à la charge de travail elle-même.

Ils ont trait à l'organisation (ou à la « désorganisation ») du travail — insuffisance de planification des tâches, absence de latitude pour pouvoir organiser son travail, interruptions fréquentes de la tâche en cours, remplacements de dernière minute, modifications imposées dans les repos et/ou heures supplémentaires, déplacements dans un service pour « *boucher les trous, comme des pions* » —, à la complexification des tâches qui s'accompagne souvent d'objectifs de travail et de niveaux de responsabilité flous — fréquence des tâches non spécifiques, ambiguïté entre rôle et fonction —, à l'inadaptation du niveau de formation aux nouvelles méthodes ou à l'insuffisance de moyens à l'origine d'un déséquilibre entre tâches et moyens.

Ces facteurs de risque se combinent et se démultiplient, à l'origine de fatigue et surtout d'accumulation de fatigue, déterminant l'usure et le burn-out des personnels : manque de sommeil, poids des doubles journées, stress, « mauvaise » ambiance au travail, carapace technique... Ils contribuent à majorer la désorientation et la démobilisation des personnels.

Le cinquième rôle du médecin du travail est d'initier et d'accompagner la mise en place d'actions de prévention collectives visant à corriger les facteurs liés à l'organisation du travail.

Les résultats du diagnostic doivent au préalable être présentés aux acteurs concernés (services investigués, instances) pour favoriser la recherche de diagnostic partagé.

Le simple fait de dresser collectivement l'état des lieux remet l'activité de travail au centre des réflexions des différents intervenants et réunit les conditions propices à une meilleure connaissance des déterminants de l'épuisement professionnel et à la généralisation d'une démarche de prévention de l'épuisement professionnel.

Cette étape de restitution collective doit permettre d'initialiser ensuite une phase visant à définir puis à mettre en œuvre les changements (santé/bien-être des personnels) avec la construction concertée d'un plan d'actions (propositions d'actions correctives et/ou préventives).

Le médecin du travail peut ainsi initier, mener ou participer à un certain nombre d'actions qui ne sont pas forcément spectaculaires et/ou coûteuses. Comme toute action de prévention en santé-travail, quel qu'en soit le domaine, il convient de privilégier les actions de prévention collective qui ont toujours plus d'impact que la prévention individuelle.

Dans ce cadre interviennent, et sans hiérarchisation, les actions suivantes.

Prise en compte des manières réelles de faire des soignants et des mécanismes existants de micro-régulation conjointe

Ces mécanismes déterminent le fonctionnement concret des collectifs de travail. Les personnels doivent au quotidien, pour accomplir leur travail, trouver continuellement des solutions aux incidents, aux absences, des

arrangements entre collègues, des priorités face aux urgences, mais aussi des façons de se redonner du courage. Or, réaliser un travail de qualité, malgré toutes les contraintes, est une préoccupation essentielle de la plupart des agents.

Il est important de prendre en compte les manières réelles de faire en prenant le temps de les étudier dans la durée, afin d'induire des changements au plus près de la logique d'action des professionnels (plus grande adhésion du personnel — facteur de mise en œuvre effective dans le travail quotidien).

Dépasser l'individualisation

On ne le dira jamais assez : la souffrance du personnel ne relève pas uniquement d'une problématique individuelle, mais de la confrontation avec un milieu de travail.

L'imputation strictement individualisée d'un phénomène de souffrance qui renverrait aussi bien lors de sa mise en évidence que lors de sa prévention (modalités de recrutement, formation, accompagnement) au comportement ou à la personnalité du sujet qui souffre risquerait d'escamoter l'étendue des relations sociales, d'augmenter la division du travail et de sous-estimer les modalités d'une gestion économique : dimension collective qui semble de plus en plus faire défaut dans l'appréhension des différents problèmes rencontrés en milieu de travail.

Quels que soient les termes employés, largement investis par tous, tels que souffrance, stress, burn-out, harcèlement, maltraitance, il importe de dépasser, sans la nier, la responsabilité individuelle pour la resituer dans une dimension collective d'organisation du travail.

Il paraît également opportun de dépasser ce qui est la conséquence de situations mal vécues — avec une certaine tendance à se situer exclusivement dans le domaine des relations interpersonnelles et à « psychologiser » les rapports sociaux — pour s'attacher aux caractéristiques mêmes de ces situations de travail.

À force de se focaliser sur les conséquences, ne risque-t-on pas d'occulter certaines causes ?

Comment ne pas souffrir (quelle qu'en soit l'expression) lorsque plus personne ne sait qui fait quoi, qui décide, lorsque les pouvoirs décisionnels apparaissent souvent dilués, lorsqu'on en appelle à la participation de chacun pour valider des choix imposés.

Aussi, après avoir parlé de la souffrance du personnel, s'attachera-t-on peut-être un jour à parler de ce qui pourrait en être un facteur favorisant : à savoir, parfois, une certaine forme de « maltraitance » du milieu de travail.

Correction des facteurs liés à l'organisation du travail

Cette action de prévention, bien que primordiale, est l'une des plus difficiles à réaliser.

Elle suppose que l'on ait véritablement connaissance des situations réelles de travail, ce qui suppose d'avoir écouté la parole des soignants. On ne peut détailler les mesures à mettre en œuvre, tant parfois elles sont spécifiques à un service. On peut cependant en valoriser un certain nombre, qui concernent :

- l'amélioration de la prise d'information des soignants en privilégiant les temps de chevauchement entre les équipes, qui permettent de parler des difficultés rencontrées avec certains patients mais aussi pour certains, de se familiariser avec de nouvelles techniques. Les temps d'échanges limités entre les soignants, à l'origine parfois d'un sentiment de solitude, contribuent en effet à majorer la souffrance. De même est-il important de restaurer l'information en feedback des soignants concernant le devenir de leurs patients. Quel soignant n'a pas eu en effet l'impression de « s'acharner » sur un patient, sans bien savoir à quoi cela servait ? Et quelle satisfaction pour ce soignant que d'apprendre de ses collègues de consultation que ce patient, depuis sa sortie du service, revient régulièrement en consultation et va bien. Tout cela, jusqu'aux soins qui font mal, n'aura pas été vain ;
- la définition d'objectifs de travail plus précis, avec une meilleure détermination du niveau de responsabilité de chacun afin de lever les ambiguïtés entre rôle et statut ;
- la reconnaissance du savoir d'expérience, quelle que soit la fonction exercée ;
- le respect de la tâche en cours afin de réduire au maximum les interruptions souvent invoquées par les soignants, interruptions qui désorganisent et alourdissent la charge du soignant obligé de reprogrammer son acte ;
- la mise à disposition du personnel de moyens matériels adaptés, afin de ne pas induire un déséquilibre avec les tâches demandées.

Réhabilitation de la parole sur le travail

Discuter donne du sens en permettant à chacun de rendre public sa représentation du travail et de l'activité tout en l'aidant à la préciser et à la structurer. Chacun est ainsi amené à révéler cette représentation aux autres mais aussi, par réflexivité, à soi-même. Ces échanges permettent d'argumenter, de justifier (ou de critiquer) les opinions rendues publiques et ainsi d'établir du sens et des perspectives communes sur le travail.

Il est donc important d'offrir au personnel, dans les services, des espaces de discussion, de confrontation et de médiation entre les différents acteurs sur la réalité du travail afin d'exprimer collectivement les contradictions, les tensions, les compromis, mais aussi les dynamiques en cours.

Il s'agit de débattre du travail pour « soigner le travail » et, par là même, de « soigner le travail pour soigner les personnels ».

Mise en place de groupes de parole dans les services

Le groupe de parole permet de réunir au sein du service, de préférence dans un lieu ordinaire et habituel, les membres d'une équipe afin de favoriser la

parole et la communication. Le groupe de parole doit permettre à chacun, en court-circuitant le poids de la hiérarchie, de s'exprimer sur le contenu de sa tâche et de la valoriser afin de transformer ce qui pourrait être souffrance en plaisir. Objectif ambitieux qu'il n'est pas toujours facile d'atteindre, car la mise en évidence de dysfonctionnements au sein d'une équipe ne peut être brutale. C'est tout l'intérêt d'avoir repéré au préalable les stratégies de défense collectives, et d'avoir pris conscience des règles du métier instaurées.

Implication des médecins responsables de service

Nombreux sont les soignants qui expriment leurs incertitudes face au devenir et au traitement des patients. Il s'ensuit parfois un sentiment de culpabilité, et ce d'autant plus que certains actes supposent parfois de « faire mal » aux patients sans toujours mesurer quelle est la finalité de ces soins. Il importe donc de sensibiliser les médecins, afin qu'ils prennent le temps d'expliquer aux soignants l'ensemble du projet thérapeutique.

Aussi peut-on suggérer que soit discuté au sein des services, et de préférence en amont de toute période de crise :

- l'information des soignants sur les patients : Quelles sont les raisons pour lesquelles un traitement est, ou non, institué ? Qu'en attend-on ? Quel est le pronostic ?
- le recours plus systématique au traitement symptomatique, qui ne serait pas instauré qu'à la phase palliative ;
- l'élaboration d'un protocole sur les décisions thérapeutiques de fin de vie : Quand arrête-t-on un traitement curatif ? À quel moment intervient le traitement palliatif ? Quand et comment gérer la communication avec la famille ?

Les situations qui permettent, en dehors des actes techniques, de faire une réelle place pour la relation soignant-soigné et soignant-famille paraissent devoir être privilégiées : elles contribuent à un meilleur équilibre de la charge psychique des soignants.

Parallèlement, la mise en place d'un soutien psychologique est une solution bénéfique : dans les services pour toute question relative aux soins, au sein du service de médecine du travail pour la prise en charge et l'accompagnement du personnel.

Actions de formation

Elles peuvent porter sur la souffrance et l'épuisement professionnel, mais également sur la gestion des soins, le sens de la relation avec la maladie et la mort, l'accompagnement de fin de vie, les stratégies de défense individuelles et collectives.

Ces actions peuvent être bénéfiques, sous réserve de ne pas restreindre à cette seule mesure les actions de prévention collectives de la souffrance et du burn-out en milieu de travail.

Il faut en effet se méfier d'une certaine tendance à recourir systématiquement aux formations dès lors que se pose un problème. Cette attitude n'est en effet pas loin de valider l'idée que si les agents « *ne s'en sortent pas* », que si « *ça ne marche pas* » dans un service, la responsabilité en incombe aux agents qui n'y mettent pas du leur ou qui n'ont pas bénéficié d'une formation adaptée : toutes raisons qui amènent à penser — de façon erronée — qu'après une formation adaptée, cela ne peut qu'aller mieux...

Cette forme même de responsabilisation individuelle est source de souffrance pour le personnel.

Conclusion

Tant la recherche d'indicateurs d'usure et de burn-out du personnel que leur prévention souffrent d'une attention sélective portée par de nombreux acteurs aux causes individuelles et d'une certaine « négligence » à l'égard des facteurs d'organisation et de régulation.

Il importe de se préoccuper de la centralité du travail et de recentrer l'approche sur la reconnaissance *au* travail et sur la reconnaissance *du* travail.

Le médecin du travail a un rôle prépondérant à jouer dans cette approche et dans cette recherche des facteurs collectifs de burn-out et dans leur prévention, même si, et chaque médecin du travail a dû malheureusement en faire l'expérience, on a trop souvent tendance à penser que la personne qui relate ou met en évidence un dysfonctionnement est celle-là même qui le génère. C'est la fonction même de médecin du travail qui l'expose à ce travers.

L'activité du médecin du travail ne se cantonne pas à une action de simple constat médico-administratif portant exclusivement sur l'individu.

Son rôle n'est pas tant d'« évaluer » l'individu que les conditions et l'organisation même du travail : il a un rôle dynamique à jouer dans la recherche des facteurs collectifs de souffrance et de burn-out et dans l'élaboration de stratégies de prévention collectives.

Il ne faudrait donc pas attendre uniquement de lui une réponse consistant à repérer chez un individu des signes de souffrance et d'épuisement professionnel, à orienter si besoin cet agent vers une prise en charge adaptée puis, bien sûr, à établir la fiche d'aptitude médicale.

Écouter, conseiller, prendre en charge chacun fait certes partie de ses missions, mais également témoigner, fournir des modèles d'explication issus de l'organisation du travail et initier/accompagner des mesures collectives de prévention.

Si le médecin du travail ne peut résoudre seul tous les problèmes de la vie au travail et de la souffrance qui peut en résulter, il a cependant un rôle pivot car il est le seul professionnel de santé, en permanence sur le lieu de travail, à occuper cette place privilégiée entre santé et travail.

Il lui appartient en matière de souffrance au travail et de burn-out, comme dans de nombreuses autres situations de relations entre le travail et la santé, d'œuvrer à la mise en place d'actions de prévention multidisciplinaires engageant l'institution, tout en favorisant l'élaboration collective de solutions au plus près de la réalité de terrain.

Associer les personnels à la recherche d'une organisation capable de produire des soins de qualité, les aider à réfléchir à/sur leur travail, aux incidents, à la formation des nouveaux arrivants, constituent des pistes d'actions aussi (plus ?) sûres que l'établissement de procédures et de contrôles déconnectés de l'activité réelle de soins et parfois présentés comme des actions de prévention et/ou de protection du personnel.

Les cadres de proximité ont un rôle essentiel, ainsi que tout le dispositif hiérarchique, pour parvenir à un rapport plus harmonieux entre santé des personnels et contraintes de travail par la confiance qu'ils doivent inspirer et déléguer. Mais confiance et solidarité ne se décrètent pas, pas plus qu'ils ne se construisent spontanément... C'est tout l'enjeu du management qui, pourtant, manque cruellement dans certaines unités. Or, les agents et les équipes souffrent souvent plus de l'absence de management que de sa trop grande présence. Il conviendrait d'énoncer des règles de fonctionnement claires, dans le respect de la transparence et de l'équité (établissement des plannings, définitions des fiches de poste, des tâches, des responsabilités, des règles professionnelles du « travailler ensemble »...), tout en se défaisant de la personnalisation des modes de relations au travail.

C'est parce qu'il est toujours souhaitable de privilégier des actions associant plusieurs disciplines et/ou compétences et de favoriser une collaboration des actions dans un but de synergie et d'optimisation des résultats, toujours préférable au risque de juxtaposition d'actions similaires, qu'a été établi en octobre 2013 un accord-cadre pour la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. Il prévoit un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux au plus près du terrain sur la base d'une démarche participative.

Ce diagnostic partagé, reposant sur l'observation du travail réel, doit être intégré dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et donner lieu à l'élaboration d'un plan de prévention des risques psychosociaux (instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques).

Réponses du psychologue du travail

Qu'est-ce qu'un psychologue du travail ? Est-il présent dans tous les établissements hospitaliers ? En qualité de partenaire de la direction, peut-on se confier à lui ? Commencer par définir ses fonctions pour clarifier le personnage est un préalable aux réponses qu'il peut ensuite apporter à l'institution.

En dépit des similitudes entre chaque établissement hospitalier, aucun d'eux n'applique la même politique en matière de ressources humaines. Se doter d'un psychologue du travail est une décision qui revient au directeur de l'établissement soucieux d'apporter au personnel les compétences d'un expert en mesure d'apprécier, d'analyser, d'écouter et de conseiller la personne en poste. Le psychologue du travail est donc un membre de la direction mais il fonctionne dans le respect du secret professionnel qui le lie à l'agent lorsque celui-ci fait état de ses difficultés.

Les trois fonctions principales du psychologue du travail : le psychologue du travail, un clinicien du monde du travail ?

Trois fonctions prévalent chez le psychologue du travail mais elles ne sont pas exhaustives. Elles se complètent logiquement. La première se situe d'abord en phase d'accueil et d'évaluation de l'agent. La deuxième s'exprime à travers le versant formation c'est-à-dire dans l'accompagnement des soignants face à leurs interrogations. La dernière se poursuit par une action plus personnalisée voire plus clinicienne lorsqu'il y a souffrance dans le travail.

La première mission consiste à accueillir le personnel soignant dans le cadre de son embauche puis d'en assurer le suivi d'intégration. Elle a un double objectif à la fois institutionnel et personnel. Soigner les malades nécessite approche et soins spécifiques qu'il faut maîtriser dans un cadre s'avérant de plus en plus complexe et difficile. Associer le psychologue à une pratique traditionnellement assurée par la direction des ressources humaines est né de la volonté d'améliorer les compétences professionnelles dans un souci d'obtention de prestations et de motivations optimales. Prendre en compte le malade, c'est aussi se préoccuper de celui qui le soigne donc s'assurer de la qualité de l'hôpital dans lequel on est hospitalisé. Le second objectif de cette première mission est personnalisé, puisqu'il s'agit d'offrir aux soignants une orientation qui soit la plus appropriée à leur profil afin de leur permettre plus tard une évolution de carrière cohérente, en adéquation avec leurs aspirations et leur personnalité.

La deuxième mission concerne la formation de l'encadrement à la gestion des ressources humaines. Elle a pour objectif d'aider les cadres à élaborer des méthodologies et des outils de management afin de promouvoir la qualité relationnelle et de développer leur sens de la négociation et de la gestion d'équipe.

La dernière mission porte sur l'intervention personnalisée et individualisée auprès des agents. Elle est essentielle lorsqu'ils sont enfermés dans des problèmes psychologiques ou comportementaux sévères. Un reclassement, une orientation vers un circuit d'aide, un conseil sur le parcours professionnel et sur l'agent lui-même, ou un changement de service peuvent s'avérer nécessaires mais tout aussi important est le soutien et l'écoute dans leurs fonctions calmantes.

De plus en plus, face à la violence exogène et endogène, le psychologue du travail est sollicité. Son expérience clinique et sa qualification universitaire en psychopathologie sont appréciées.

L'action « prévention du burn-out » : première fonction du psychologue du travail

L'évaluation du personnel

La réussite d'un recrutement passe par l'adéquation optimum entre un profil de poste et le profil du candidat.

Embaucher un infirmier pour les urgences soulèvera des critères de sélection légèrement modifiés et ajustés par rapport à ceux qui sont souhaités par exemple en service de gériatrie. Chaque service développe ses spécificités qu'il faut retenir et exploiter. Elles sont généralement déclinées dans une **fiche de poste**, car celle-ci est indissociable de la démarche de sélection puisqu'elle pose clairement les missions du soignant, les attentes du service et ses particularités, ainsi que les compétences souhaitées. La fiche de poste est une photographie instantanée du lieu de travail qui accueillera le candidat. Elle est posée comme un principe de réalité référent, le plus fidèle possible, engageant la responsabilité réciproque de l'institution et du soignant.

Outre l'identité du service et sa spécialité médicale qui requiert des aptitudes professionnelles identifiables, le psychologue se doit de réfléchir à la personnalité du candidat qui postule. L'évaluation n'est pas une introspection gratuite mais offre un regard sur les atouts ou les insuffisances de la personne. Les traits de comportement et la personnalité induisent, en effet, des conduites individuelles qui détermineront son adaptation aux situations stressantes (souffrance, mort, ambiance). Mesurer l'apparente robustesse qui contribue à l'équilibre de la personnalité (au sens où l'entend S. Kobasa sous le terme de *hardiness*) pose comme postulat de base la reconnaissance d'un engagement personnel dans une fonction professionnelle de plus en plus difficile à assumer. L'adaptabilité est aujourd'hui un atout majeur pour faire face à un monde professionnel de plus en plus difficile.

Dans cette démarche d'évaluation et au travers du thème qui nous occupe, le psychologue peut-il prévoir un futur burn-out ? Peut-il affirmer avec certitude l'hypothèse d'une inadaptation au contexte professionnel susceptible de se développer dans les prochaines années qui suivent l'embauche ?

L'écart entre la réalité de la fonction et les aspirations du soignant s'exprime de façon polymorphe comme par exemple au travers d'instances idéales en décalage à la réalité. On l'observe encore dans l'angoisse qui se manifeste ou dans l'expression plus directe d'attente d'un poste plutôt que d'un autre. Ces modes de perception tels que les ressent le psychologue, l'incite à pousser plus en avant son investigation afin de s'assurer de la bonne correspondance entre les missions qui attendent le candidat et ses ressources personnelles et professionnelles.

S'intéresser à un individu demande de prendre en considération le contexte professionnel. Un soignant s'ajuste au milieu ambiant et ce même milieu façonne l'individu. Travailler c'est intégrer un système relationnel interactif qui se révélera plus ou moins propice à l'évolution de chacun. On peut faire un « arrêt sur image » au moment du recrutement, mais on doit ensuite tenir compte de la qualité humaine du service et des conséquences de cette rencontre entre lui et la personne. L'incertitude se situe à la frontière de l'identité du service et de celle du soignant.

On sait que le syndrome d'épuisement professionnel a besoin d'un terrain pathogène pour se développer. On ne devient pas « burn-outé » par simple lassitude avec l'expérience. La compilation d'agents stressseurs conduit à l'épuisement. Ce n'est que lorsque les limites individuelles se fragilisent au contact des limites endogènes au service et à l'institution qu'il est permis de penser qu'une décompensation sur le mode de l'épuisement professionnel peut apparaître.

Ainsi, donc, la dynamique évolutive, qu'elle soit personnelle ou organisationnelle, est facteur d'adaptabilité aux difficultés ambiantes. Ceci n'a pas empêché d'appréhender la personnalité d'un candidat à l'embauche — à tort ou à raison.

Le psychologue du travail en situation de recrutement tente de repérer certains traits de personnalité pour prévenir et accompagner le soignant dans sa carrière. Il reste un partenaire de la direction du personnel qui dispose d'outils que les autres n'ont pas et porte un regard peut-être plus empathique sur le candidat. Mais sa fiabilité n'est jamais certaine et requiert de la modestie. Il travaille sur l'humain. Longtemps nous avons pensé qu'il fallait un soignant très motivé pour faire bien son travail, le candidat parfait car consciencieux et engagé. Depuis peu, la mode sélective est au candidat apparemment moins impliqué, qui, au lieu de se donner sans compter et d'être trop perfectionniste, sait se ressourcer ailleurs pour être le candidat « protégé ». Demain réservera peut être d'autres paramètres.

Le suivi d'intégration du personnel

Tâche prescrite, tâche réelle : un écart qui dérange. — Compte tenu de la procédure de recrutement qui a permis au psychologue d'entretenir une première relation privilégiée avec le candidat soignant, il lui est facile de lui proposer par la suite un suivi d'intégration dans les semaines ou dans les mois qui suivent sa prise de fonction.

Une des options de ce suivi sera d'exploiter la fiche de poste afin de mesurer un possible écart entre la tâche réelle et la tâche prescrite. En effet, lorsque la tâche réalisée n'est pas conforme au contrat de base, ce déséquilibre peut induire une confusion des tâches mais surtout, par effet rebondissant, une confusion des rôles dont l'effet pervers produit la charge psychique.

Le psychologue dans cette phase de vigilance aide aux échanges qui pourraient par la suite déboucher sur une planification des missions.

Réfléchir à un dysfonctionnement organisationnel soulève parallèlement une problématique plus profonde, celle de repérer l'homéostasie dans laquelle travaille l'équipe. Un premier pré-diagnostic d'un système qui dérape se joue à cet instant, lorsque le suivi d'intégration permet la libre circulation de l'expression et ce, avec d'autant plus d'authenticité qu'un nouveau venu porte sur la situation un regard neuf, non encore entaché par l'habitude.

Le psychologue, en exploitant les erreurs relatives au comportement dans le travail, ouvre un débat sur les possibles faiblesses adaptatives de la nouvelle infirmière tout autant que celles qui pourraient concerner la gestion particulière du service. L'objectif n'est pas de jeter l'anathème sur quiconque mais bien au contraire de saisir les causes pour enclencher une réflexion commune. L'erreur lorsqu'elle est analysée évite la répétition et donne du sens là où il était caché. Le fait de traiter des difficultés sans les condamner permet de reconstituer la genèse des dysfonctionnements. Les suggestions seront ensuite consécutives à la richesse des échanges.

Exemple

Prenons le cas d'un aide-soignant recruté pour le centre de long séjour.

Cet homme, après quelques mois de prise de fonction, dérape sur le plan comportemental puisqu'on lui reproche d'avoir « *fait preuve de violence à l'égard d'une personne âgée* ». Le contexte est le suivant : la malade, démente, hurlait depuis des heures ; préposé auprès d'elle, en fin d'après-midi alors qu'il ne pouvait supporter davantage ces cris, l'aide-soignant dans un geste impulsif, lui colle la main sur la bouche pour tenter de la faire taire ; ce geste sera interprété comme « *une tentative d'étouffement* ».

Lors de la rencontre entre le psychologue du travail et l'aide-soignant pour lequel il était demandé enfin un changement de service — demande qu'il avait d'ailleurs exprimée lui-même sans être entendu —, l'explication est la suivante. L'équipe est presque exclusivement composée d'un personnel féminin. Tout naturellement, les collègues de l'aide-soignant l'envoient sur le terrain pour faire acte d'autorité auprès des malades. Les cas les plus lourds, au sens propre et figuré, lui sont systématiquement confiés. En revanche, le nursing, la toilette, les temps forts d'échange et les espaces de communication se réduisent comme une peau de chagrin. Toutes les tâches agréables et usuelles telles qu'elles sont décrites aussi dans la fiche de poste et qui ont provoqué sa candidature ont diminué au profit d'interventions urgentes que seul un homme pouvait assurer. Ce qu'il avait accepté au début devenait insupportable à la longue, source de stress, générateur d'usure et de fatigue mentale.

On le voit, lorsque le travail n'offre plus la gratification élémentaire et lorsqu'il se double d'une confusion des rôles, le burn-out n'est pas loin.

Proposé au pool brancardage, cet aide-soignant a fait preuve d'une adaptation rapide. Il s'est révélé non seulement opérationnel mais également calme sans aucune manifestation caractérielle comme certains auraient pu le craindre.

Le suivi d'intégration : une fonction qui valide le recrutement. — Suivre une personne dans son intégration, de la phase d'accueil à l'appartenance complète, a ici une double raison d'être :

- pour l'hôpital, constater la satisfaction exprimée du soignant est une validation de la procédure de recrutement : le choix du candidat et son orientation sur le service semblent avoir été les bons ;
- pour l'agent, la démarche s'apparente au soutien : la possibilité d'échanger sur sa prise de fonction est une mise à plat qui dégonfle les problèmes et rassure.

Nous ne sommes plus uniquement dans l'analyse des troubles fonctionnels du service. Nous sommes dans l'accompagnement psychologique en regard de l'inquiétude qui s'observe chez ceux qui débutent ou qui connaissent des épisodes de doute. Il est normal d'avoir des états d'âme comme il est classique d'observer une confiance qui s'installe grâce à l'expérience et à la reconnaissance de son professionnalisme.

Améliorer un processus d'intégration œuvre pour la réussite future du soignant.

À travers l'entretien du suivi d'intégration, les liens entre les exigences au travail et les traits de personnalité sont soulevés puis décodés ce qui, manifestement, offre de nouvelles perspectives. Prendre conscience de ses propres limites et savoir repérer celles du service est un ajustement indispensable au monde du travail. On se découvre soi-même dans la confrontation aux autres et la compatibilité entre les personnes s'étaye ensuite sur des modes de réponses adaptées : rien n'est pire que l'absence de logique apparente.

Une autre possibilité d'appréhender les premiers signes de fatigue chez le soignant consiste en une exploration de ses sentiments par le biais d'un questionnaire, support exploitable en entretien⁷.

Exemple

- En fin de journée, il arrive qu'on se sente extrêmement fatigué. Pour vous, qu'en est-il ? Dans votre travail, il peut y avoir un certain nombre de motifs d'insatisfaction. Qu'avez-vous ressenti ? Avec qui (collègues, médecins, patients) ?
- Dans le travail tout ne va pas comme on l'espère. Pouvez-vous dire si vous avez eu des contrariétés aujourd'hui même pour des petits riens ? Avez-vous été agacé, en colère... ?
- Le manque de temps ne permet pas toujours de faire les choses aussi bien qu'on le souhaiterait. Avez-vous eu cette impression ? Racontez ces motifs d'insatisfaction.
- Certains jours, on est cruellement déçu par son travail ou triste à cause d'événements professionnels. Pouvez-vous en parler ?

7. Estryn-Behar M. Travailler à l'hôpital. Paris : Éditions Berger-Levrault ; 1989.

L'accent est mis sur les sentiments : fatigue, insatisfaction, colère, déception... et permet d'apprécier le poids de la contrainte psychique.

Suivre le personnel dans son intégration est la deuxième mission du psychologue du travail qui s'inscrit à la fois dans un champ individuel et institutionnel puisqu'il aide à la reconnaissance des points sensibles du soignant et du service. Son rôle pilote dans l'interprétation des manifestations psychologiques et situationnelles est possible parce que son regard sensibilisé à l'ergonomie se double d'une écoute clinique. Cette double approche contribue au dépistage du syndrome d'épuisement professionnel.

L'action « formation sur le burn-out » : deuxième fonction du psychologue du travail

De même que le psychologue intervient auprès des soignants, de même il est naturellement amené à fonctionner avec les cadres, notamment lors d'animation de formations dans le champ de la gestion des ressources humaines et de la relation à l'autre. Cette mission peut-elle être un plus dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel ?

Le concept encore peu familier de syndrome d'épuisement professionnel dans le monde du travail ne prédispose pas les cadres à comprendre ce qui arrive aux soignants lorsque ceux-ci manifestent leur souffrance au travail sous des formes comportementales à l'évidence peu appréciées. Le cadre imagine volontiers que la personne « *a un problème* » et il a tendance tout naturellement à le mettre sur le compte de sa vie personnelle ou, au pire, sur un trouble psychologique qu'il ne sait souvent pas nommer et qui, à la longue, s'entache d'un jugement de valeur tel que : « *Il est paresseux* », « *Il y met de la mauvaise volonté* », etc. Toutes ces diverses appréciations arrivent toujours aux oreilles du soignant, ferment le dialogue et ne permettent pas de résoudre une situation difficile mais, au contraire, risquent de la faire évoluer sur un mode conflictuel.

On observe également couramment face à l'inaptitude de l'agent une protection quasi maternelle du cadre et de l'équipe parfois — le paradoxe est là —, jusqu'au jour où chacun n'en pouvant plus rejettera l'agent avec autant de conviction qu'il a mis à le protéger.

L'approche psychologique de la personne ne fait pas partie de la formation dispensée à l'école des cadres. Certains soignants, ayant évolué par ancienneté, n'ont jamais eu l'occasion d'adapter leurs connaissances, passant sans transition du statut d'infirmier à celui de cadre. Aussi, lorsqu'il faut manager une équipe avec toutes les difficultés que l'on connaît, cela devient-il presque une mission impossible de conjuguer management avec intuition et sens psychologique. Des repères s'avèrent donc nécessaires pour comprendre ce qui se joue sur la scène quotidienne du travail soignant.

C'est donc dans un souci de développement des qualités de management des cadres que le psychologue est amené à animer des formations et à

participer à des actions de communication en liaison avec les responsables de formation.

Son intervention peut porter sur de nombreux modules mais nous retiendrons surtout ceux traitant de l'enrichissement à la qualité d'écoute, de l'information sur l'évaluation des agents ou encore sur les outils à maîtriser pour élaborer une fiche de poste ou mener un entretien.

Au cœur de ce listing, une des réponses du burn-out pourrait être la création d'une formation qui porterait d'une part sur la définition du syndrome et la description de ses signes cliniques, d'autre part sur la collecte d'informations psychopathologiques de base qui permettrait de se repérer dans une nosographie psychiatrique un peu lourde. Il ne s'agit pas de se lancer dans un traité de psychiatrie, mais de permettre d'élaborer une réflexion autour de certaines évidences quotidiennes qui trouvent leurs réponses dans cette connaissance de l'homme et de ses comportements.

Participer à la bonne marche d'un hôpital oblige à des réajustements et donc à des besoins en formation. Les cadres sont les premiers concernés. Ils sont à la fois sur le terrain de soins et dans le management, tenus de composer à la fois avec l'équipe médicale et avec la direction. Cette fonction relationnelle les projette dans des situations polyvalentes où tous les scénarios sont possibles, d'où la nécessité absolue de s'adapter chaque fois en étayant son savoir-faire sur des repères appris. La motivation ne va-t-elle pas de pair avec une certaine qualification ?

Contribuer à élargir les compétences du cadre en matière de management passe par des thèmes qui portent aujourd'hui autant sur l'organisation du travail que sur les sciences humaines. Réfléchir au management, c'est se doter d'outils pour encadrer et d'une réflexion personnelle (peu quantifiable), Ô combien nécessaire pour comprendre et écouter les autres !

Pour les soignants, la démarche semble aussi signifiante. Mettre en mots le métier avec son vécu et ses limites est un espace de paroles rassurant qui annule les différences car chacun se reconnaît dans l'autre. Il permet de se sentir moins seul et ouvre sur les mêmes connaissances apprises du syndrome d'épuisement professionnel.

La formation comme outil évolutif et recherché par les soignants est loin d'être un fait nouveau. Ce qui l'est de plus en plus en revanche est l'impossibilité à parfois en disposer pour des causes organisationnelles internes au service. On entend souvent : « *Le service tourne mal en effectifs réduits.* » Les raisons sont réelles mais la logique d'un tel discours contribue du même coup à l'entretien d'un cercle vicieux qui plonge ses racines dans un double champ.

D'une part, le refus peut parfois provoquer une frustration supplémentaire qui contribuera à la fatigue déjà exprimée de façon latente par le soignant à travers cette demande. Si tel est le cas, on peut comprendre qu'un rejet soit vécu comme un refus d'entendre son malaise et ne peut

qu'aggraver son épuisement. Il s'agit toujours pour le cadre de décoder une demande et de comprendre ce qu'elle recouvre : Est-ce une fuite en avant parce qu'on n'en peut plus ? Est-ce une démarche qui porte sur des objectifs professionnels ?

D'autre part, le cadre et/ou la direction qui refusent l'agrément ne réalisent pas que, derrière cette demande, se profile un moyen de ressouder une équipe à la dérive. Celui qui revient de formation peut en effet transmettre ses nouveaux acquis à ses collègues et provoquer du même coup une communication qui n'avait plus cours dans une équipe morcelée par des pratiques individuelles et isolées. Le retour d'informations est parfois un bon moyen indirect pour rétablir une situation bancalée. Échanger sur une pratique professionnelle permet de crever bien des abcès et de soulever enfin les non-dits.

Cet « appel d'air » que représente la formation a des répercussions d'abord individuelles mais finalement collectives. Son coût parfois invoqué est une réponse qui colle là encore aux situations. En s'en distanciant, on s'aperçoit que ses répercussions à moyen et long terme sont au contraire bénéfiques à tout le monde. Un agent qui n'est pas démotivé coûte beaucoup moins cher qu'un collègue absent ou malade. Il semble par conséquent souhaitable qu'une formation s'insère dans l'organisation du service après qu'elle ait été revêtue de son vrai sens.

L'action « soutien thérapeutique face au burn-out » : troisième fonction du psychologue du travail

Cette action représente la dimension la plus clinique du rôle du psychologue du travail.

Cette dimension est consécutive aux états d'épuisement déjà ressentis par le personnel soignant et installés depuis trop longtemps pour qu'un simple suivi d'intégration enrayer le dispositif en poste.

L'activité professionnelle est largement perturbée, la personne s'arrête de plus en plus souvent, elle est fréquemment remise à disposition du bureau du personnel par un cadre qui sature après avoir fourni tous ses efforts. La fragilité est telle qu'il ne semble pas que la personne puisse continuer à travailler sans qu'une analyse approfondie de sa situation ne soit entreprise.

Choix professionnel et burn-out

Les raisons qui poussent l'infirmière à choisir ce métier reposent sur de multiples paramètres en lien probablement avec son histoire personnelle et sa personnalité.

Manifester son altruisme, faire preuve d'amour et de compassion, construire toute une vie professionnelle sur le don de soi n'est pas donné à tout le monde. Il faut des qualités d'ouverture et une aptitude à l'empathie qui s'entretiennent et qui correspondent en même temps à des besoins personnels profonds.

Une des composantes qui expliquerait ce choix professionnel trouverait son origine dans un besoin de réparation narcissique, en donnant aux autres ce qui a fait défaut pour soi. Avancer cette hypothèse ne veut pas signifier qu'une « insuffisante ou une mauvaise dose affective » des parents à l'égard de l'enfant est représentative de l'histoire de chacun — qui pourrait en effet déterminer la charge affective adéquate ! —, mais que tous nous sommes uniques et disposons d'un patrimoine d'attente affective variable et déterminant pour notre orientation professionnelle.

Toutes les professions à caractère relationnel ont ceci en commun qu'elles satisfont les propres besoins du sujet en lui offrant la possibilité d'être utile mais aussi en lui permettant ainsi de se (re)construire une identité en développant son estime de soi. L'identité professionnelle construira à son tour l'identité personnelle en mal de réalisation.

La reconnaissance qu'un patient voue aux soignants ayant contribué à sa guérison ou à son soutien moral est un exemple classique qui contribue au renforcement de cette composante de la personnalité. L'aide-soignant ou l'infirmier(e) aménagent dans cette réalité un espace de vie qui les protège d'une souffrance souvent inconsciente.

Réparer une perte de l'ordre parental reste cependant un moteur éminemment porteur et efficace qu'il faut se garder de condamner. Il faut admettre cependant qu'il y a prise de risque à se lancer pourtant dans l'aventure hospitalière qui, dans sa structure initialement accueillante voire maternante, n'offre pas toujours l'assistance souhaitée aux yeux de ceux qui recherchent son support nécessaire à leur réalisation.

Les personnalités plus particulièrement fragiles dites *borderline*⁸ ou narcissiques résistent moins bien aux aspects contraignants et stressants de la structure. Lorsqu'ils ne bénéficient pas d'un soutien moral constant, de preuves d'amour ou d'un service qui soit « contenant », tout s'écroule. L'hôpital les protège inconsciemment d'un danger contre lequel ils luttent — qui se manifeste sous la forme de dépression souvent cachée — et qui provoque une dépendance se jouant sur un mode affectif permanent. Dans ce lien qui s'institue, la frustration est difficilement supportable et source d'angoisse ou de révolte. Le monde devient menaçant, trop puissant et opposant, car sous-tendu par la crainte de plus être aimé.

Choisir ce métier comme n'importe quel autre ayant une dimension de soin ou de soutien n'aboutit-il pas à un paradoxe ?

En effet, on devient soignant pour soigner, mais on soigne en même temps une part de soi-même. Parallèlement, on se fragilise au contact des stress environnementaux, organisationnels, relationnels et psychologiques,

8. *Borderline* : état limite ; structure de personnalité caractérisée par son instabilité et sa dépendance à autrui malgré une apparente hyperadaptabilité de surface.

car intégrer un lieu professionnel aussi complexe que la structure hospitalière n'est pas si rassurant et protecteur qu'on le croyait initialement.

Est-ce le soignant qui choisit son métier ou est-ce le métier qui le rattrape ?

Psychopathologie du travail

Le psychologue en milieu hospitalier répond à un besoin des soignants, celui d'être écouté et reconnu dans leur souffrance mentale et dans leur épuisement professionnel.

Prendre en compte la participation affective de l'homme au travail et tenter d'élaborer une réponse aux contraintes personnelles et organisationnelles sont des objectifs que se donne le psychologue au service du personnel soignant.

La souffrance, souvent masquée, est repérée puis élaborée. Elle peut ensuite déboucher sur un équilibre entre le désir du soignant et la réalité du métier.

Le burn-out fait émerger des histoires anciennes et refoulées comme des deuils mal résolus ou des liens ambigus qui sont réactivés et sur lesquels la personne a continué de construire sa pratique professionnelle. Le monde professionnel se heurte au monde privé dans un aménagement parfois douloureux. L'idéal du Moi⁹ n'est pas conforme à la réalité vécue, infligeant des blessures narcissiques qu'il faut décrypter.

Dans une démarche de soutien clinique, la réponse qu'apporte le psychologue est pratiquée soit dans sa forme individuelle soit dans sa forme collective. La première se traduit par des entretiens personnels consécutifs à la demande. La seconde s'exprime par des groupes de parole selon les besoins exprimés dans les services. Chacun est gouverné par sa propre sensibilité et reçoit la réponse lui convenant le mieux.

Le conflit entre le quotidien et la quête d'un idéal de fonctionnement est un autre point d'impact qui conduit presque à tous les coups au burn-out. Nombreux sont ceux qui expriment leur refus d'admettre la mort de leur patient dans ce qu'elle représente de toute-puissance mise en défaut. Cet écart trop grand entre l'idéal du Moi et le réalisable, doublé de l'absence de gratification par « échec de la guérison », conduit aux symptômes dépréciateurs sur soi-même et à une culpabilité à connotation dépressive. On se doit d'être compétent et, pour le devenir d'être tout-puissant, ce qui se vérifierait par la guérison des malades. L'objectif inconscient sous-jacent est d'acquiescer la certitude sans cesse renouvelée d'être aimé : prisonnier du regard des autres, le soignant, à ce prix, se sent exister. Ne pas être reconnu sonne comme une menace tant l'émotionnel domine le champ narcissique.

9. Idéal du Moi : instance freudienne ; modèle d'identification auquel le sujet essaye de se conformer.

On comprend qu'il faille dépasser en permanence ses limites, se mettre en tension, privilégier l'espace professionnel au détriment parfois de la vie privée (heures supplémentaires...), sous peine d'être déstabilisé psychologiquement. Certains tiendront même à coup de médicaments ou d'alcool, de quoi leur assurer une puissance ponctuelle et le tour est joué... on règne en maître mais dans le stress et le burn-out ! En France, la cadence est parfois terrible mais ne tue pas. Au Japon, on en meurt, le « présentisme pathologique » (voir *Le Monde* du 9 avril 1998) étant une défense comportementale adoptée courageusement et entretenue en particulier par la peur conjoncturelle.

L'intolérable abandon que provoque la mort renvoie à leur démarche gouvernée par une volonté de perfectibilité qui menace leur équilibre personnel. Dans ce constat d'échec narcissique s'engouffre la remise en cause de leur fonction et de leur engagement quand ce ne sont pas les collègues ou l'équipe qui sont rendus responsables, signe que des difficultés d'intégration se surajoutent à une problématique d'ordre psychologique.

Les personnes enlisées dans cette situation développent un état anxieux qui les oblige à renforcer leurs défenses et à rigidifier leur pensée et leur fonctionnement. L'impact des technologies nouvelles, mais aussi la personnalité narcissique pour certains, contribuent au développement d'une frustration et d'un état d'effondrement qui représentent une indication d'aide pour le soignant. Celle-ci peut être proposée par le psychologue du travail soit au cours de leurs échanges, soit par une orientation vers une aide extérieure après un ou plusieurs entretiens nécessaires à la prise de conscience de soi-même.

La satisfaction au travail est une perception singulière mettant en liens des besoins, des attentes et des désirs. Elle est fragile et fluctuante en constant équilibre, devant être fécondée par un environnement et des analyses de situations personnelles et permanentes. La motivation est à la croisée de deux facteurs : l'apport de la personnalité et la réponse de l'environnement.

Un paramètre vient souvent compliquer la solution d'aide, celui de la couverture affective dont a bénéficié le soignant, un temps de protection de l'équipe qui étouffe les difficultés du collègue en les rendant silencieuses. Nier l'existence d'une souffrance qui a toutes les chances de se développer avec le temps peut aboutir à des situations désastreuses allant jusqu'à parfois des conduites suicidaires.

Un soignant ne se fait pas soigner uniquement par son cadre ou par ses collègues. Ils n'en ont ni la disponibilité ni la compétence, étant trop impliqués, trop proches de leur collègue. On doit reconnaître l'indispensable bien-être que procurent une bonne ambiance et une solidarité d'équipe ainsi que la compréhension qu'ils peuvent avoir d'une situation dans laquelle ils peuvent d'ailleurs peut-être un jour basculer, mais en aucun cas des agents ne peuvent assumer seuls des responsabilités psychothérapeutiques. Chacun son rôle !

Lorsqu'une aide psychothérapeutique s'avère nécessaire et lorsque le mauvais état psychologique de la personne dépasse le simple soutien, il n'y a pas lieu de l'ignorer. Croire qu'en protégeant l'agent il s'en sortira est un leurre qui s'apparenterait presque à une confusion identitaire soignant-soigné. Ne reconnaît-on pas dans cette volonté de toute-puissance enfouie, le fameux besoin de réparation ? Tout réparer, toujours, tout le temps et pour tout le monde ne s'arrête pas aux patients mais dépasse le geste professionnel pour devenir un réflexe posé sur toutes les situations.

Il est extrêmement important de connaître ses limites sinon, croyant bien faire, on contribue à l'évolution pathologique dans laquelle le soignant s'enferme. Connaître ses limites vaut pour chacun comme pour l'institution. Lorsque celle-ci impose à une équipe un trop grand nombre d'agents en difficulté, elle produit une surcharge et ne contribue pas à apporter une solution adaptée : l'orientation sur un expert ayant pour fonction d'écouter et de conseiller. Il faut décharger les équipes d'un poids qui contribue à la charge psychique.

Conclusion

Du triple objectif de la fonction de psychologue du travail en secteur hospitalier qui a été défini et analysé dans ses grandes lignes, on retiendra l'axe préventif.

L'aide au **recrutement** est en amont de la chaîne de soin des malades en retenant les nouveaux soignants. Le suivi d'intégration renforce cette démarche.

Le développement de modules de **formation** permet en deuxième instance de découvrir ce syndrome puis d'y faire face. Informer ouvre la voie à de nouvelles perspectives de management, donne de l'élan et de l'imagination quand le métier « *tourne en rond* », et rend plus responsables et motivés les professionnels dès lors qu'une situation s'éclaircit grâce à des données nouvelles.

Enfin, écouter, conseiller et orienter le soignant qui le demande est le troisième objectif en réponse à un besoin constant. Le **soutien** en milieu hospitalier, mesure à la fois personnelle, collective et institutionnelle apporte une solution lorsque l'épuisement professionnel est présent.

La prévention, la formation et l'accompagnement sont des mesures appropriées à la prévention et au traitement du SEPS mais elles ne sont pas les seules réponses. Il existe d'autres moyens d'investigations collectives, institutionnelles, qui permettent d'aborder le SEPS.

Les autres approches institutionnelles du syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Ces schémas d'investigation peuvent permettre aux acteurs professionnels de proposer de manière concrète des investigations sur ce thème. La mise en œuvre d'une étude n'est jamais innocente. Les psychosociologues savent

bien que le seul fait de poser une question au sein d'un groupe humain donné modifie les comportements des personnes ou leur perception. Nous l'avons personnellement plusieurs fois expérimenté à l'occasion d'enquêtes sur des phénomènes subjectifs tels que la perception de la douleur, l'accueil, la qualité de vie ou la communication médecin-malade.

Évaluer augmente la sensibilité des personnes au thème étudié.

Les deux schémas proposés sont complémentaires :

- le premier est une application pratique de la technique d'audit au syndrome d'épuisement professionnel des soignants dans le cadre d'un hôpital ou d'une clinique ;
- le second permet de mener une discussion et une réflexion en vue d'une recherche de solutions ou d'objectifs prioritaires, une fois un état de burn-out constaté.

Ces deux pistes ne sont que des esquisses : à chacun de les adapter, de les critiquer et de les modifier.

L'intervention d'audit ou l'analyse psychosociologique

Définition

Le principe de l'audit est de se prononcer sur la qualité d'un système de gestion avec les risques encourus et les potentialités qu'il recèle. Il renseigne sur l'efficacité et la fiabilité internes au service et permet de vérifier l'accomplissement de certaines règles de fonctionnement comme d'anticiper sur les événements qui modifieront le cours des changements.

L'objectif de l'audit dans le domaine qui nous intéresse est de rendre compte de l'ampleur du problème d'une population soignante qui exprime des signes manifestes de fatigue soit par une ambiance déplorable, soit par un absentéisme (ou un présentéisme) important, soit par un turn-over répété, soit encore par des accidents de travail plus nombreux qu'ailleurs.

Rechercher les facteurs en cause et y remédier en aboutissant à une solution pratique est une réponse à laquelle prépare l'audit.

Mais l'audit est à double tranchant. Il soulève aussi des questions quant à l'efficacité du personnel et cette démarche peut alors produire un effet boomerang pervers comme le constat d'une insuffisance selon les critères de rentabilité et d'efficacité attendus par la direction.

Dans ses aspects salvateurs, l'audit en entreprise médicale implique aussi une exploration des rapports humains et des conflits possibles.

Procédure de l'audit

Un certain nombre d'étapes constitue la procédure de l'analyse psychosociologique. Au nombre de six, elles sont successives et permettent d'explorer dans un déroulement cohérent une méthode un peu complexe.

Dans un premier temps, il s'agit d'analyser la demande, puis, dans un deuxième et troisième temps, d'utiliser des outils d'évaluation. Une quatrième

étape sera l'enquête de fond sur le terrain. Une fois celle-ci terminée, le diagnostic sera posé pour aboutir à l'ultime étape, la restitution des résultats.

L'analyse de la demande

Qui fait la demande ? Qui la reçoit ?

Suggérée par une ou plusieurs personnes dans le service, elle ne peut s'exprimer officiellement que par les personnes ayant autorité, le chef de service et son cadre supérieur infirmier. Associer les médecins à l'équipe qui souffre et qui a provoqué la demande est incontournable. Le chef de service traitera ensuite avec la direction de l'hôpital afin de lancer la procédure.

La demande est reçue au plan local : experts locaux, CME, CHSCT... qui fonctionnent comme un filtre rejetant des demandes considérées ou injustifiées. Si la demande aboutit, elle remontera vers le groupe d'experts qui assurera la démarche.

La distribution de questionnaires

On a longuement analysé les divers questionnaires qui mesurent le burn-out. Les plus fiables sont le MBI de Maslach pour ressentir le vécu professionnel, le MSP exploité par Lidvan d'après Lemyre, Tessier et Fillion, qui porte sur le stress perçu, et enfin le MPCI de G. Lidvan pour le repérage des comportements adaptatifs actifs et passifs. D'autres sont possibles. Tous seront remplis de façon anonyme.

L'entretien individuel

L'étape est lourde et longue puisqu'il faut contacter bon nombre du personnel soignant. Venant compléter les questionnaires, l'entretien individuel à caractère semi-directif de préférence repose sur une grille qu'il faut préalablement élaborer.

Concernant le choix des personnes interrogées, faut-il voir tout le monde ou se contenter d'un échantillon tiré au hasard ? Quels en seraient les critères et le nombre ? Peut-on envisager de briser l'anonymat ? Les questions en matière de méthodologie ne sont pas fixées à l'avance tant les situations sont polymorphes.

L'étude sur le terrain

Elle constitue l'enquête de fond.

Les malades

Un premier champ à explorer porte sur la population des malades : leur âge, la gravité de leur cas, les pronostics plus ou moins sombres..., tout ce qui a trait au type de pathologies et à leurs effets possibles sur les soignants.

Le personnel

La reconnaissance des problèmes passe par l'approche aussi bien qualitative que quantitative : Sont-ils en nombre suffisant ? Sont-ils formés ? Quel est leur mouvement : turn-over, recrutement, absentéisme, accidents de travail, fuites en formation ? Quels horaires occupent-ils ?

Les locaux

L'environnement et sa logistique sont des agents stressants bien connus. Les lieux sont-ils exigus, propres, dans une température et une sonorité supportable ? Le matériel neuf ou vétuste, suffisant ou toujours en manque ?

L'histoire

La culture d'un lieu de travail est fortement liée à son histoire. Il s'avère donc toujours important d'avoir dans une équipe, une ou des personnes qui sont la mémoire d'un service et de ses fonctionnements passés. L'analyse de l'identité du service apporte son lot d'informations et éclaire sur les jeux souterrains entre collègues et grades et sur les enjeux de pouvoir, notamment sur les acquis qui traversent le temps sans qu'on puisse s'y attaquer.

L'information

Creuser l'information et en faire l'inventaire apportent déjà une explication sur le mode de communication. Les réunions existent-elles et sous quelle forme ? Existe-t-il un staff infirmier, des groupes de parole, un psychologue ? Quels sont les supports d'informations oraux et écrits ? Comment se fait la formation initiale spécifique et continue, le tutorat des jeunes diplômés et des étudiants ?

Toutes ces questions soulevant des préoccupations humaines, matérielles et psychologiques sont appréhendées lors de l'enquête sur le terrain.

Le diagnostic

Il s'avère possible de le poser, une fois le recueil de données analysé. Il est un constat, une synthèse, présentée selon ce qui se dégage, regroupée en une partie positive et une autre plus critique puis exposée après avoir été élaborée.

La restitution des résultats

Cette dernière étape voit l'analyse psychosociologique aboutir avec le compte rendu, au chef du service et aux cadres, des résultats obtenus au cours de la procédure d'expertise. Cependant, un retour peut aussi se faire auprès de l'équipe, destinataire au même titre que le chef de service. La décision du mode de rendu dépendra des constats de l'analyse psychosociologique en fonction des facilités qu'il y a, ou non, à dire les choses.

Dans tous les cas, l'explication ne peut se faire, à notre avis, qu'oralement afin de répondre le plus justement aux questions soulevées et aux réactions induites. Le dialogue s'instaure entre experts et demandeurs sur la base d'une transmission aussi transparente que l'a été la procédure. Des diapositives peuvent venir illustrer les propos.

Conclusion

L'analyse psychosociologique est une prospection longue et minutieuse du problème de lassitude des soignants qui a pour objet la compréhension des conflits et pour but la proposition de solutions à la fois rapides et acceptables.

Dans son principe, elle est un examen de l'état des lieux qui se saisit du fonctionnement d'une unité pour en réviser les rouages et sa structure

de pilotage. Sauvegarder les actifs et les ressources tout en impulsant un changement, tel est le résultat capable d'optimiser une gestion qui dérape et épuise son personnel.

L'avantage premier d'un « audit » est de pouvoir transmettre ce qui ne peut plus être dit, car l'appréciation est extérieure au service et ne porte pas de jugements sur les personnes. Il donne ensuite des indicateurs de base et interprète les phénomènes observés. Il est un « porte-paroles » bienveillant du groupe. Enfin, il est un outil de management qui éclaire et répond aux interrogations en réactualisant un fonctionnement caduc.

Méthode d'analyse en cinq points

Les facteurs organisationnels et institutionnels qui interviennent dans la genèse du SEPS sont multiples et complexes. Nous en avons vu plus haut la liste. Un diagnostic de burn-out une fois posé, il faut tenter d'initier une réflexion et d'utiliser le potentiel d'espoir éveillé par la question posée. Cette « méthode en cinq points » est un exemple d'approche dynamique dans le cadre d'un travail d'équipe afin de déterminer des priorités d'actions.

La première question concerne les objectifs et le sens du travail d'une équipe

Les objectifs et les responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs pour chaque membre de l'équipe ?

Les types de patients, les types de pathologies évoluent. Les traitements changent, les objectifs aussi. Les limites thérapeutiques ne sont pas les mêmes au cours des années. Ceci rend nécessaire **la reformulation des objectifs et du sens de travail d'une équipe** soit dans sa globalité, soit vis-à-vis d'un objectif donné. Il peut s'agir de la prise en charge de nouvelles pathologies. Le sida en est un exemple récent. L'arrivée de nouvelles thérapies risque de modifier les perspectives pour les patients. Des moratoires sont parfois nécessaires devant des échecs, etc.

Aborder cette première question peut nécessiter l'apport de données médicales, scientifiques, mais aussi humaines, psychologiques et justifier des discussions éthiques.

La deuxième question concerne les soutiens

Pour assumer ces objectifs, les soignants ont-ils un soutien suffisant ?

Le problème des soutiens est envisagé en fin de chapitre. Il s'agit des soutiens sur les plans émotionnel et psychologique, sur les plans hiérarchique et médical, mais aussi sur le plan cognitif — les soignants ont-ils la ou les formations ou informations suffisantes pour assumer leur rôle ?

La troisième question concerne l'ambiguïté des rôles

Nous savons combien ce problème était source de désorganisation et de stress au sein d'une équipe. La question peut donc se formuler comme suit.

Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils suffisamment définis pour permettre réellement à chacun d'assumer ses responsabilités ?

Cette question concerne les équipes soignantes, y compris les cadres et les autorités médicales.

La quatrième question concerne les aspects ergonomiques du travail

L'ergonomie concerne non seulement les aspects techniques mais aussi socio-organisationnels du travail. Les études ergonomiques impliquent des études sur le terrain afin que le travail puisse être réalisé dans le respect de la santé et de la sécurité des hommes avec le maximum de confort et d'efficacité.

Une analyse ergonomique permet de répondre en particulier à la question de l'organisation technique du service. Est-elle adaptée pour remplir ses fonctions et ses missions ?

Nous plaçons cet aspect en quatrième position car ce travail fait appel à des spécialistes extérieurs au service. Il nous semble utile que soient d'abord examinées les trois premières questions.

Les dotations

Ce n'est qu'en cinquième position que nous posons la question des dotations car c'est souvent la première demande qui est formulée (souvent à juste titre) quand on aborde le problème de l'épuisement professionnel.

Les moyens matériels et en personnel sont-ils actuellement suffisants ?

Les soutiens et les groupes de parole

Parmi les moyens de prévention, le soutien occupe une place centrale. Il est demandé par tous. Quand il est présent, il est efficace. De tous les facteurs analysés dans les études sur l'épuisement professionnel, il est celui qui est le plus régulièrement retrouvé comme facteur déterminant. **Les soutiens en milieu de travail ont un effet modérateur sur la relation entre le stress perçu et l'épuisement professionnel.**

Qu'appelle-t-on soutien ?

Les soutiens professionnels s'intègrent dans le cadre du support social. Développer des soutiens, c'est faciliter le support social sur les lieux de travail. Le support social intervient au niveau du stress perçu selon trois mécanismes d'actions :

- un effet direct sur la santé ;
- un effet réducteur des tensions et des conflits ;
- un effet tampon ou interactif, protecteur de l'individu lors de la confrontation au stress¹⁰.

10. Servant D. Stress et maladies. Les cahiers FMC Psychiatrie 1997 ; suppl. 201 : 17-21.

C'est pourquoi réfléchir sur la notion de support est une des pierres angulaires de la stratégie de réponses au syndrome d'épuisement professionnel.

Qu'appelle-t-on soutien ou support social ?

Ce terme regroupe différents éléments. Il désigne soit l'existence et le nombre des relations entre les personnes (intégration sociale), soit les propriétés structurelles d'un réseau social, soit le rôle de support proprement dit.

Faciliter le support social implique la reconnaissance de l'autre et de sa fonction, une bonne qualité de communication ou un désir d'améliorer cette dernière.

La notion de soutien en milieu hospitalier se décline sur **deux modes : les soutiens des pairs et les soutiens venant des supérieurs hiérarchiques**. Ainsi, on peut définir une dimension horizontale (les pairs) et une dimension verticale du soutien. Ces deux dimensions sont complémentaires, se soutiennent mutuellement mais ne sont pas interchangeables. Répondre à un dysfonctionnement d'une équipe par un groupe de parole infirmier ne permet pas, par exemple, de résoudre le sentiment d'isolement et d'absence de soutien de la part de la hiérarchie médicale.

Une des premières étapes est de **permettre l'expression verbale et/ou écrite des difficultés**. Il s'agit là du début et de l'une des fins des soutiens : communiquer, échanger pour définir les besoins, lever les doutes, résoudre les quiproquos, dire ce qui semblait indicible.

Ces difficultés subjectives ne sont généralement pas perçues par tous ou par la hiérarchie. Les hiatus existants entre les groupes (médecins, infirmier(e)s, aides-soignants, auxiliaires, personnel administratif...) sont un des premiers constats de l'analyse de contenu des plaintes exprimées.

C'est de cette première analyse que peut naître la mise en place d'une organisation (groupe de parole, réunions, projet...).

C'est pourquoi rendre possible une communication langagière et une écoute mutuelle constitue un préalable mais aussi une des modalités du support social.

Le soutien psychologique occupe une place particulière au sein des soutiens. Il représente tout ce qui concerne la dimension psychologique de l'acte soignant. Il comporte d'une part l'approche de la relation d'aide au patient et à sa famille et d'autre part tout ce qui atteint émotionnellement le soignant dans sa rencontre solitaire avec la maladie, la souffrance, la mort et l'ensemble des considérations humaines et éthiques qui s'y rapportent.

Le travail en groupe

Le travail en groupe, que ce soit par le staff, les réunions de service, les groupes de parole, correspond à une nécessité du travail d'équipe.

Le groupe de parole, qui nous intéresse le plus, a pour but d'aider et de soutenir le personnel soignant et/ou les bénévoles dans leur pratique quotidienne. Ils peuvent, sous la houlette d'un animateur, exposer leurs

difficultés lors de réunions régulières. C'est un espace d'échange, un temps de partage destiné à permettre aux participants de réfléchir à leur pratique et de (r)établir entre eux une communication.

Il peut être à la fois :

- un groupe de soutien en prenant en compte la souffrance des soignants et en facilitant la régulation des dysfonctionnements internes ;
- et un groupe de formation favorisant l'apprentissage de la prise de parole, l'écoute.

Tout groupe de parole crée un enrichissement réciproque.

Mais ce n'est ni un groupe thérapeutique, ni un groupe analytique. Ce n'est pas non plus un lieu où se règlent les conflits institutionnels pourtant si fréquents. Chacun y vient en tant que professionnel ou bénévole et en tant que personne avec ses ressources et ses difficultés. Le groupe de parole n'a pas pour objet de devenir un espace d'analyse des problématiques individuelles. Lorsque celles-ci émergent, il importe toujours de les resituer dans le contexte professionnel, afin qu'elles servent à la réflexion de chacun.

Un groupe de parole permet de faire le constat d'une pensée bloquée ou retenue et de mettre en évidence deux éléments récurrents : les décalages existants au sein d'une équipe et l'existence des non-dits.

Sur le plan pratique, un groupe de parole est généralement ouvert et proposé à tous. Les modalités sont variables : lieu, horaires, rythme, fréquence, durée... ; mais il faut un cadre stable et repérable. Les horaires de travail doivent être compatibles avec ceux du groupe.

Qui peut animer un groupe de parole ?

On ne s'improvise pas animateur de groupe de parole. Sur le plan théorique, être titulaire d'une formation reconnue permet *a priori* de maîtriser les outils qui facilitent la compréhension des enjeux relationnels au sein d'un groupe.

Un certain nombre de règles régissent le groupe : respect de la parole d'autrui, écoute, confidentialité et secret professionnel. Une des caractéristiques de ces groupes est de permettre une libération de la parole de chacun et d'arriver à une écoute de l'autre sans honte, ni crainte de jugement.

Les écueils des groupes de parole et les limites

Les écueils sont nombreux. Le trop faible investissement des soignants les vide de tout intérêt. Un investissement mal contrôlé peut aboutir à exacerber des souffrances émotionnelles et activer des conflits de personnes. Par prudence, certains soignants préfèrent garder leur distance de peur que des paroles dites en groupe leur soient reprochées ou renvoyées par la suite dans l'action, en salle de soins. Il est clair que les groupes de parole tout en ayant une prétention psychothérapique ne peuvent en avoir toutes les dimensions. C'est là où le rôle de l'animateur du groupe est essentiel.

Ainsi, ces groupes sont toujours à « géométrie variable » et doivent être conçus avec une durée de vie limitée. Un groupe a un début, une durée de vie et une fin. Ne pas penser une fin de groupe c'est s'exposer à un sentiment d'échec ou d'incomplétude qui peut faire oublier les avancées qu'il aura pu faire.

Il peut donner naissance à des nouveaux modes de comportements collectifs ou individuels, permettre aux soignants de verbaliser ce qu'ils ont ressenti et de le partager. Il peut permettre d'amorcer une compréhension et un début d'analyse de leur vécu. Il peut aussi parfois à l'occasion d'irruption émotionnelle avoir une fonction cathartique. Enfin, il a pour objectif de renforcer les compétences psychiques de chacun pour permettre de mieux faire face aux situations rencontrées.

D'autres modalités

Cependant, le soutien psychologique ne se réduit pas aux groupes de parole de soignants. Il est bien d'autres modalités. Penser le soutien psychologique, c'est d'abord penser qu'il existe une incidence psychique de travail sur les soignants.

Des réunions improvisées ou demandées à la suite d'une situation particulière sont des modalités de travail souples, efficaces et très appréciées des équipes. Ce sont l'une des fonctions des psychologues des services mais aussi des équipes de psychiatrie de liaison.

Une modalité particulière et bien rodée : **les groupes Balint**. L'objectif d'un groupe Balint est de réfléchir sur les pratiques cliniques. Souvent composés de huit à douze personnes, ils sont la plupart du temps proposés aux médecins, mais aussi aux étudiants en médecine. Il s'agit d'aborder la relation soignant-soigné en travaillant autour d'une présentation de cas clinique vécu. Par ces interactions, le groupe permet d'apporter un autre éclairage à partir des questions soulevées par ses participants. Une de ses richesses est de montrer que nous sommes tous confrontés à des difficultés analogues et que la prise en charge d'un patient, de l'annonce d'une maladie jusqu'à celle d'une fin de vie, reste délicate et complexe.

Quel que soit le type de groupe de parole, il permet de remettre du lien dans l'équipe et de renforcer sa cohésion. Il relance la circulation de la parole. Il interroge la pratique là où elle est automatisée. Elle amène chacun à réfléchir aux processus psychiques en jeu dans la relation soignant-soigné.

11 Approche individuelle

Le burn-out est un phénomène vécu en intériorité. Il est un processus singulier. Mais pour aborder l'approche individuelle du burn-out, il faut garder à l'esprit les propositions suivantes :

- le burn-out de la personne a un retentissement sur le groupe social (l'équipe, le service), sur la qualité et la rigueur du travail, et même sur la sécurité du malade ;
- la personne en burn-out est aussi « victime » d'une désorganisation du monde de la santé et des dysfonctionnements structurels des lieux de soins ;
- le syndrome d'épuisement professionnel est donc un phénomène qui mène du singulier au social, de l'individu au groupe.

L'analyse des facteurs renvoie ainsi à une double approche : individuelle et organisationnelle.

Le maintien de ce double aspect est fondamental si l'on ne veut pas que soient renvoyés dos à dos les facteurs individuels et organisationnels et aboutir ainsi à la négation de toute possibilité d'actions. Comme nous l'avons écrit plus haut, ne voir dans le burn-out qu'un processus individuel, c'est nier le poids de la dimension organisationnelle en tant que facteur de stress, c'est refuser de considérer que des conditions de travail inadaptées peuvent entraver la mission de soins et renvoyer le soignant à lui-même et à son isolement. N'envisager le burn-out que comme le résultat de facteurs extérieurs à la personne, c'est nier le poids émotionnel de la fonction soignante et sa spécificité.

Les actions de l'individu vis-à-vis de lui-même

La réponse individuelle va nécessiter plusieurs étapes :

- la rencontre avec le *burnout syndrome* : un « diagnostic » difficile qui ne va pas de soi et qui est renvoyé par un tiers ;
- des phases d'auto-observation ;
- la recherche des différentes réponses possibles adaptées.

Un « diagnostic complexe »

La première rencontre avec le burn-out est fortuite car le processus est long et insidieux. L'idée de stress très populaire a longtemps pris le pas sur le burn-out. Aujourd'hui, tout le monde en parle mais au risque de faire de ce concept un terme galvaudé.

Sa progression, faite de temps de satisfaction et de temps de souffrance, repousse l'acceptation du diagnostic.

Une phase d'auto-observation

C'est le repérage de signes physiques, psychiques et/ou comportementaux inhabituels qui interrogent. Comme les signes cliniques ne sont pas pathognomoniques, aucun ne vient caractériser un burn-out. Ils peuvent ainsi être rattachés à beaucoup d'autres pathologies ou perturbations fonctionnelles, mais ils ont cependant le mérite d'alerter.

Signes physiques non spécifiques :

- une fatigue permanente ;
- des maux de tête ;
- des troubles gastro-intestinaux ;
- des troubles du sommeil ;
- des troubles de la sexualité...

Signes psychiques :

- un épuisement mental ;
- une baisse de l'estime de soi ;
- des signes inhabituels tels : une irritation, une hypersensibilité à la frustration ;
- une promptitude à la colère, aux larmes ;
- des conflits au travail et dans la vie privée ;
- des perturbations cognitives : attention, mémoire...

Comportement paradoxal au travail :

- absentéisme ;
- présentéisme ;
- acharnement pathologique au travail.

Mais aussi :

- le sentiment de devenir inopérant, inefficace ;
- une attitude apparente de dépression ;
- l'abus d'alcool, de psychotropes et d'autres psychostimulants ou calmants...

Les signes les plus caractéristiques sont issus de la *Maslach Burnout Inventory*.

À l'occasion des questions posées, c'est à un examen de soi qu'est conviée la personne. Il lui est demandé d'évaluer le retentissement émotionnel vis-à-vis des patients que l'on peut formuler par les questions suivantes :

- Est-ce que je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail ?
- Est-ce que je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ?
- Est-ce que je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail ?
- Ne suis-je pas au bout du rouleau ?
- Est-ce que travailler en contact direct avec les gens ne me stresse pas trop ?

À travers les points suivants, on trouve une occasion de réfléchir sur la question de bonne distance dans la relation soignant-soigné :

- Est-ce que je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ?

- Est-ce que je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ?
- Est-ce que je me soucie vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades ?
- Est-ce que travailler avec des gens tout au long de la journée ne me demande pas beaucoup (trop) d'efforts ?
- Est-ce que je ne suis pas en train de m'endurcir émotionnellement avec ce travail ?

Ensuite est posée la question de la satisfaction au travail :

- Est-ce que je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent ?
- Est-ce que je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades ?
- Est-ce que mon travail a une influence positive sur les gens ?
- Est-ce que j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades ?
- Est-ce que je me sens ragaillardi(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes malades ?
- Est-ce que j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail ?

Enfin, certaines questions ont une apparente extériorité mais concernent l'être dans son intimité :

- Où en suis-je de ma capacité à ressentir les émotions d'autrui ?
- Pourquoi les émotions que je ressens me perturbent-elles tant ?
- Pourquoi suis-je devenu(e) si vulnérable au stress ?
- Est-il vrai que je ne peux plus supporter les malades ?
- Suis-je vraiment si distant(e), indifférent(e), violent(e) ?
- Alors mon métier ne me plaît plus ?

Autant de questions qui sont réunies ici mais qui auront pu traverser l'esprit même de façon fugace.

Si le sujet pense être dans une situation d'épuisement professionnel, il lui faut répondre à la question suivante :

- Le malaise que je ressens, les symptômes que je perçois sont-ils le fait d'un *burnout syndrome* ? Ou bien de quelle manière et jusqu'à quel degré un burn-out participe-t-il à mon mal-être ?

Nécessité d'une consultation spécialisée ? En parler, mais à qui ?

Ainsi que nous l'avons développé plus haut, le burn-out n'est pas une pathologie. C'est pourquoi il est licite de penser qu'il n'est pas utile de « psychiatriser » le problème.

Cependant, il peut faire le lit d'un trouble dépressif ou anxieux. De plus, il n'est pas facile pour le sujet de déterminer si ce qui est vécu est le fait d'un stress chronique au travail ou s'il s'agit d'autres facteurs : familiaux, personnels. Cette difficile question ne peut se résoudre qu'en l'abordant de façon directe.

Qui consulter ?

Le médecin du travail est un des interlocuteurs privilégiés. Il possède une connaissance des conditions de travail, des facteurs de risques et de la psychopathologie du travail. Si son rôle est fondamental dans l'écoute de la personne, dans la manière de rendre compte auprès de la collectivité des souffrances exprimées, son champ d'action sur le plan individuel a des limites liées à la fonction elle-même (cf. « Réponses du médecin du travail » au chapitre 10).

Le (la) psychologue du travail est un relais utile avec son écoute, sa bonne connaissance du burn-out, ses missions de plus en plus orientées vers les risques psychosociaux (cf. « Réponses du psychologue du travail » au chapitre 10).

Souvent **l'assistant(e) social(e)** est confronté à ce type de problème. Malheureusement, il (elle) ne possède pas toujours la formation nécessaire au repérage de l'épuisement professionnel. Il serait utile de lui permettre de l'acquérir car il peut constituer lui aussi un relais privilégié.

Dans les services eux-mêmes, **les psychologues et les psychiatres de liaison hospitalières** sont des relais faciles, connus des soignants et utiles dans la mesure où existe une relation de confiance et que le secret professionnel est scrupuleusement respecté.

Hors du travail, **le médecin généraliste** y est lui aussi souvent confronté.

Faut-il proposer une consultation spécialisée auprès d'**un psychiatre** ? Sûrement, s'il y a un doute diagnostique (dépression, troubles anxieux...) ou si le facteur stress au travail n'est pas suffisamment posé. Le cadre que l'on peut proposer est celui d'une consultation thérapeutique ou des thérapies brèves.

La consultation thérapeutique est un type de consultation développé par Winnicott en pédopsychiatrie bien connu des psychiatres et psychothérapeutes. Il s'agit d'une consultation souvent unique suffisamment longue pour que soit écouté le sujet, posé un diagnostic, évoqué des pistes d'analyses psychologiques. Ce mode d'approche est souvent adapté à ce type de troubles psychopathologiques.

Une fois reconnu, que peut faire l'individu pour tenter d'y apporter une réponse adaptée ?

Il n'y a pas un mais plusieurs types de réponses individuelles au syndrome d'épuisement professionnel.

L'approche individuelle repose sur trois directions complémentaires :

- le soutien de soi comprend tout ce qui permet un ressourcement de l'être tant au travail que dans la vie privée : repos, loisirs, humour, créativité, réalisation artistique, sociale, sportive..., organisation des temps de vie (transition après le travail, périodes de recul...) ;
- les conseils issus des techniques dites « de développement personnel » ;

- une réflexion personnalisée sur « l'expérience de vie » qui va influencer sur l'implication dans la relation à l'autre, la maturation affective, le questionnement et la recherche existentielle, la capacité de résistance au stress, les stratégies de réponse à autrui.

Nous en citerons quelques exemples ici. Mais c'est à chacun de construire, à partir d'une réflexion personnelle, ce qui va lui permettre de mieux faire face au stress. La réponse individuelle au syndrome d'épuisement professionnelle est identique à celle de la réponse au stress en général. **C'est la particularité de la question traitée qui change ici.**

Les axes de réponses individuelles

Le soutien de soi et le repérage des « lieux de ressourcements »

Il s'agit ici de repérer :

- **les lieux, les moments** qui constituent vraiment pour la personne des **temps de ressourcements** de soi sur les lieux de travail et en dehors. C'est une question simple mais souvent riche en enseignement. Quels sont les temps de votre journée ou de la semaine qui vous permettent de vous détendre, de récupérer, de vous retrouver vous-même, de vous ressourcer ? Il est rare qu'il n'en existe pas, même si ces moments n'apparaissent pas à l'évidence immédiatement. Les réponses à cette interrogation sont souvent étonnantes : musique, lecture, télévision, mais aussi en voiture, dans le métro, en marchant, dans le silence, etc. Certains découvrent ainsi que des lieux de passage obligés peuvent être des moments de ressourcement : le coiffeur, la séance de kinésithérapie prescrite pour un mal de dos, le transport solitaire... ;
- **les comportements de santé** susceptibles de préserver ou d'améliorer l'état de santé (activité physique régulière, alimentation adaptée, contrôle des prises d'alcool, de tabac, de toxiques, de psychotropes...) ;
- **les activités personnelles** qui permettent détente, ressourcement et réalisation de soi : ainsi, les activités sportives, artistiques, intellectuelles, les engagements dans des actions sociales, humanitaires, syndicales ou politiques procurent une restauration de l'estime de soi ;
- **les relations sociales** amicales génératrices de soutien personnel ;
- **l'effet vacances-jours de repos.** Le personnel des services de santé en service hospitalier ou en libéral a des rythmes de travail particuliers : service de garde, de nuit, horaires en deux fois douze heures de certaines équipes de réanimation, longues journées des soignants en activité libérale. Ces horaires permettent de penser les temps de repos différemment des personnes salariées d'entreprises. Si la fatigue au retour de vacances, l'absence de repos apporté par des ruptures de rythme de travail est un indice d'épuisement professionnel

que les soignants connaissent bien, la bonne gestion des temps de vacances est un excellent modérateur de stress.

Les techniques de développement personnel et les psychothérapies

Elles sont très nombreuses et il n'est pas toujours aisé de s'orienter au sein des méthodes et techniques proposées.

On doit d'abord distinguer des techniques de développement personnel et les psychothérapies.

- Les techniques de développement personnel sont nées en Californie dans les années 1960, puis elles ont déferlé en France au début des années 2000. Il s'agit d'un ensemble de techniques qui s'appuient sur des concepts issus des thérapies apparues dans les années 1950 aux États-Unis, comme l'analyse transactionnelle d'Eric Berne, la Gestalt thérapie de Fritz Perls, l'hypnose de Milton Erickson ou, plus récemment, la PNL (programmation neuro-linguistique), développée par Richard Bandler et John Grinder. Toutes ces techniques ont pour but d'aider des personnes qui vont déjà bien à aller mieux et/ou à développer des compétences particulières ou d'avoir de meilleures performances dans un domaine particulier. Elles renvoient ainsi à la connaissance de soi, à la valorisation des talents et potentiels, à l'amélioration de la qualité de vie, à la réalisation de ses aspirations. Ces techniques quand elles sont pratiquées par des professionnels vraiment formés et expérimentés visent à une certaine transformation de soi : soit pour se défaire de certains aspects pathologiques (phobie, anxiété, déprime, timidité), soit pour améliorer ses performances (mieux communiquer, gérer son temps, s'affirmer). Ces méthodes de développement personnel peuvent ainsi être utiles pour certaines personnes pour lutter contre le stress, pour communiquer plus facilement en un mot pour s'épanouir. Notons que le coaching en vogue actuellement ne vise pas à améliorer le bien-être mais a pour objectif la performance professionnelle ou sportive.

- Une psychothérapie est une relation d'aide fondée sur la parole, l'action et la qualité de la relation entre le praticien et la personne. Il existe de très nombreuses méthodes de psychothérapies que l'on peut regrouper dans cinq catégories : les psychothérapies psychanalytiques, les psychothérapies humanistes et existentielles, les psychothérapies cognitivo-comportementales, les psychothérapies systémiques et les psychothérapies psycho-corporelles. Les études réalisées ont démontrés d'une part l'efficacité reconnue des psychothérapies mais aussi qu'aucune méthode n'est supérieure à une autre. Le déterminant majeur est la professionnalisme du praticien dans sa méthode et l'alliance thérapeutique entre le praticien et son patient.

Les psychothérapies sont des outils de soins destinées à des personnes qui souffrent de troubles psychopathologiques à la différence des techniques de développement personnel qui s'adressent à des personnes qui vont bien.

Cependant cette distinction, pour aussi claire et simple qu'elle est, ne recouvrent pas la réalité des faits et des pratiques. En effet, des personnes atteintes de maladies psychiques peuvent bénéficier des techniques de développements personnelles (Analyse bioénergétique, Analyse transactionnelle, Art-thérapie, Coaching, Hypnose, Méditation, Programmation neuro-linguistique, Qi gong, Relaxation, Rêve éveillé, Sophrologie, Training autogène, Yoga...).

Et d'un autre côté des personnes indemnes de toutes pathologies psychiques peuvent tout à fait bénéficier d'une psychothérapie dans le but d'approfondir ce qu'ils sont eux-mêmes et tenter de mieux se comprendre en faisant une psychothérapie.

Comment s'orienter ?

Les techniques dites de développement personnel suscitent actuellement un engouement certain car elles paraissent faciles à appliquer et capables de réaliser des prodiges de bien-être personnel. On trouve sous ce vocable des techniques sérieuses, des conseils de bons sens (cf. encadré) et des méthodes prônées par des thérapeutes-gourous qui en prétendant apporter des bienfaits immenses mettent en place de formidables machines publicitaires à des fins plus souvent mercantiles que thérapeutiques.

Quelques conseils

- ▶ Faites une chose à la fois.
- ▶ Apprenez à planifier.
- ▶ Cherchez à découvrir ce qui est important dans votre vie.
- ▶ Apprenez à dire non.
- ▶ Écoutez vos maux de tête, susceptibilité, tendance à vous isoler.
- ▶ Faites de l'exercice.
- ▶ Ne vous tracassez pas, agissez !
- ▶ Évitez le perfectionnisme.
- ▶ Soyez vous-même, acceptez-vous tel que vous êtes ; votre estime personnelle ne doit pas dépendre de l'avis des autres.
- ▶ Faites de choses agréables et sociables.
- ▶ Riez.
- ▶ Cessez d'être sentimental(e), ne cherchez pas à aimer tout le monde et à être aimé(e) de tout le monde.
- ▶ Arrêtez de vous prendre pour le centre du monde et de croire que tout le monde vous en veut.
- ▶ Ne croyez pas que tout dépend de vous ; prenez votre part de responsabilité mais que celle-là.

La plus grande prudence s'impose ; elle seule permet d'utiliser effectivement ces techniques qui permettent à des individus bien portants de mieux se connaître pour se sentir mieux ou être plus efficace ou performant dans certains domaines de vie (cf. l'ouvrage de D. Rispaïl. *Mieux se connaître pour mieux soigner*. Paris : Masson ; 2002).

Concernant les psychothérapies, nous avons dit plus haut comment les regrouper et qu'aucune méthode n'a montré sa supériorité sur l'autre cependant concernant la prise en charge du burn-out, il nous semble intéressant de considérer deux directions particulières :

- les approches psychocorporelles ;
- une approche psychothérapeutique sur la relation d'aide et son sens pour la personne.

Les approches psychocorporelles

Les approches psychocorporelles occupent une place particulière dans le traitement du burn-out car le corps va souvent se manifester au stress chronique que représente l'épuisement professionnel.

Parmi ces approches, toutes les formes de relaxation possèdent une place de choix dans la réponse au stress.

La thérapie psychocorporelle travaille sur le corps pour apaiser les maux de l'esprit et libérer nos émotions les plus enfouies. Elle s'appuie sur un principe cher à William Reich, selon lequel nos souvenirs douloureux sont refoulés dans l'inconscient et enregistrés dans le corps, formant une véritable cuirasse. Alternant verbalisation du ressenti et travail corporel (relaxation, libération des émotions, massages thérapeutiques), les différentes méthodes renouent avec l'importance du contact physique et décryptent les messages de la somatisation.

Contrairement aux méthodes basées sur l'échange verbal, les thérapies psychocorporelles considèrent le corps et son langage comme une porte d'entrée vers le mieux-être. Toutes s'appuient sur la théorie de William Reich, selon laquelle une émotion refoulée s'accompagne toujours d'une rigidification des muscles, qu'il nomme "la cuirasse musculaire somatique". Ce corps qu'on a pris l'habitude de malmenier, de maîtriser, afin de se fabriquer une image derrière laquelle on se cache, ce corps garderait donc la trace de nos blessures émotionnelles. De nombreuses thérapies vont intégrer cette notion dans leur pratique et soulager les tensions corporelles pour agir sur le psychisme. Certaines privilégient la parole, d'autres favorisent la prise de conscience par le mouvement, la relaxation, ou encore par le massage.

- La relaxation : Qu'il s'agisse du training autogène de Shultz ou de la relaxation progressive de Jacobson, chacune de ces techniques permet d'accéder assez rapidement à une détente physique et mentale par un processus de décontraction musculaire et vasculaire. Le mécanisme consiste à focaliser son attention sur une image mentale (un lieu de calme) et des sensations corporelles (chaud, tendu), et de mettre à distance l'émotion perturbatrice.

- Les gymnastiques globales : Le corps en dit long sur le rapport que nous entretenons avec nous-même et le regard des autres. Les praticiens en gymnastiques globales (eutonnie, danse-thérapie, méthode Feldenkrais...) mettent l'accent sur nos sensations et proposent un travail "en conscience", sur les postures, les gestes, les attitudes. Leur objectif est de libérer les tensions physiques afin de résoudre dans un même temps, les blocages psychiques.

Ce type d'approche psychocorporelle est intéressante dans la question du burn-out car d'une part ce sont des réponses thérapeutiques possibles au burn-out mais ces méthodes visent aussi à la prévention de l'épuisement professionnel et de sa rechute.

Approche psychothérapeutique du syndrome d'épuisement professionnel et son sens pour la personne

L'approche psychologique de l'épuisement professionnel est de type psychothérapique. Dans la mesure où le problème posé est celui de la spécificité de la profession, la relation d'aide, l'un des axes du travail psychothérapique, est centrée sur ce thème. Mais il est clair que c'est la personne dans son entier qui est engagée dans un tel choix professionnel. On ne peut dissocier subjectivité et travail. L'émergence d'une souffrance générée par le travail est la résultante d'un déséquilibre qui met en jeu la personne dans son intégralité.

Tout syndrome d'épuisement professionnel justifie-t-il une psychothérapie ? Le recul que nous avons maintenant nous amène à dire qu'une aide psychothérapique – même parfois brève – est d'une part efficace et d'autre part quasiment incontournable. Le burn-out étant une crise de sens, il impose un remaniement des valeurs profondes. Élaborer, remettre du sens, comprendre ce qui a conduit à l'implosion, c'est aussi réfléchir sur soi, ses comportements réactionnels, ses actions. C'est repérer les zones de souffrances qui émergent dans la confrontation de soi aux autres. C'est encore et bien sûr, interroger le cadre de la relation d'aide mais surtout ce qui relève de soi et de l'extérieur. On n'est pas responsable de l'institution mais on peut agir sur soi.

La question de la relation d'aide au cœur de la problématique du burn-out

*« Sacerdoce, on met l'habit et on flotte. »
L.C., infirmière.*

Les difficultés liées à la relation d'aide ont d'abord été étudiées dans le cadre des cures psychanalytiques. Par la suite, les problèmes du transfert et du contre-transfert ont été posés pour toutes les relations psychothérapiques.

En 1960, Michaël Balint a introduit l'étude de cette relation dans le cadre de la relation médecin-malade. Après un certain engouement durant les années 60-70, ce champ d'étude est resté limité. L'éthique médicale réactualise le sujet avec la problématique de l'altérité, la notion de respect et de reconnaissance de la personne et celle du consentement éclairé.

L'écoute des soignants, le fait de parler de leur métier, de leurs intérêts et de leurs difficultés permettent de recueillir des phrases comme : « *J'aime le contact, mais je me suis rendu compte que c'était destructeur* », « *Je n'ai plus envie d'être en relation avec l'autre* », « *Je ne veux pas devenir indifférente* », « *J'ai pris sur moi toute cette misère et je n'arrive pas à m'en débarrasser* ».

Hypothèses

Les hypothèses concernant la difficulté de la relation d'aide dans l'approche individuelle du burn-out sont les suivantes :

- établir une bonne relation avec l'autre dans le cadre de son métier de soignant n'est pas évident : « *Cela ne va pas de soi de trouver la bonne distance.* » Un travail personnel peut être nécessaire soit dans des situations particulièrement difficiles, soit quand le sujet prend conscience qu'il ne peut pas faire face à tout ;
- l'évolution de la médecine, l'introduction de technologies sophistiquées, de thérapeutiques lourdes et l'apparition de pathologies nouvelles rendent encore plus difficile le maintien d'un lien équilibré envers l'homme malade ;
- la réalité économique et l'actualité politique, en mettant l'accent sur la dimension essentiellement comptable de l'acte soignant, concourent à l'« oubli » du rôle premier du soignant : aider, soulager, guérir ;
- aborder l'épuisement professionnel sur un plan individuel c'est comprendre ce qu'est la relation d'aide, saisir ce qui peut être si épuisant dans cette fonction.

La relation d'aide

La relation d'aide ne va pas de soi. Aider l'autre est posé comme une valeur morale, éthique et humaine, que ce soit dans une dimension religieuse, philosophique ou psychologique. Cette aide prend même une connotation quasi politique avec le développement de l'aide humanitaire au sein de laquelle la France occupe une place de leader dans le monde. Avec comme fondement les droits de l'homme, l'humanitaire, l'aide à autrui deviennent une sorte de nouvelle morale collective qui, sous couvert d'éthique, est en passe de devenir une sorte d'idéologie nouvelle.

La confrontation avec la souffrance des soignants engagés dans des relations d'aide amène à poser ces deux affirmations :

- aider l'autre n'est pas si naturel et facile que cela ;
- engager sa vie dans l'aide à autrui n'est pas la solution à la question de sa propre vie ; c'est en « oubliant » cela que des soignants se « brûlent et se consomment » au travail.

Définitions de la relation d'aide

Sous les termes de relation thérapeutique, relation médecin-malade, relation soignant-soigné, la relation d'aide peut être définie comme : toute relation entre un sujet demandeur de soin ou d'aide et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

C. Rogers en donne plusieurs définitions dont la suivante : « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ».

Aider est décrit par Brammer comme « un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci ».

Pour H. Lazure, « la relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants chez la personne aidée : traverser une épreuve, résoudre une situation de vie actuellement ou potentiellement problématique, trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et détecter le sens de l'existence ».

Enfin, Travelbee parle de la relation d'aide comme « d'un processus d'ordre "expérientiel", une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le malade ; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique ».

Ces définitions tirées du livret d'accompagnement de la formation à la communication et la relation d'aide (CFCPH3) reflètent les idées et les objectifs de la relation d'aide. On y lit aisément aussi les écueils.

Les difficultés de la relation d'aide

On peut poser les difficultés sous différents axes.

Penser pour soi, penser pour l'autre

L'ensemble des propositions autour de la relation à l'autre — écoute, empathie, aide, soutien, compréhension, etc. — repose sur un constat et sur un leurre.

Communiquer avec l'autre c'est sentir, comprendre ce qu'il y a en lui que je peux aussi saisir de moi-même. C'est admettre qu'il est un être humain comme moi et que ce que je pense pour moi peut être valable pour lui. À un premier niveau d'analyse, il est facile de saisir que chaque fois que j'écoute l'autre ou qu'il me demande un avis un conseil, l'écho le plus immédiat est « *Que ferais-je si j'étais à sa place ?* » Cette introspection projective utilise la pensée analogique qui tente de faire un pont entre soi et autrui.

Or penser l'autre est un leurre car personne ne peut vraiment prendre la place d'autrui : « *Je ne peux me mettre à la place de personne.* »

Dans la relation d'aide, deux affirmations coexistent :

- comprendre l'autre c'est tenter de pénétrer dans sa subjectivité ;
- et il y a toujours une distance qui fait que je ne peux jamais être à la place de l'autre.

C'est cette prise de conscience qui pose le problème de la juste distance et permet d'assumer sa responsabilité.

La responsabilité dans la relation d'aide

Dans cette optique, la notion de responsabilité mérite d'être réexaminée. En revenant à l'une de ses racines étymologiques, on trouve : **respondere**, « répondre », « réponse ». La responsabilité dans le cadre de la relation d'aide est engagée dans la réponse qui est donnée. C'est dans l'élaboration des réponses que se trouve engagé le « je » par lequel le soignant existe. « *C'est ma réponse qui me constitue comme sujet.* » (Lévinas). En assumant la responsabilité sous ce concept de l'analyse de la réponse apportée, nous entrons directement dans le champ de l'éthique.

M. Baum Botbol¹ rappelle que le mot hébreu *ahrai*, « responsabilité », comprend à la fois le mot *aher*, « autre », et le mot *ha*, « frère ». Être responsable, c'est faire de l'autre, du différent, non pas le même mais son frère. Être responsable serait pouvoir répondre à l'anonyme question « Où es-tu ? », un « Me voici ! », sans au préalable mesurer à l'aune de la raison cette réponse par une autre question « Est-ce bon pour moi ? » En révélant une source précédant la raison dans la pensée, Lévinas affirme l'altérité au sein même de l'être, au sein même du Moi.

La bonne distance

Comment trouver la bonne distance vis-à-vis de l'autre ? Cette question résume la difficulté de la relation d'aide.

L'un des dangers réside dans l'établissement d'une relation fusionnelle et d'identification. V. Smirnoff² reprend dans son ouvrage les conseils qu'avait formulés S. Freud en 1912 dans ses articles consacrés à la technique analytique à l'adresse des futurs analystes : « Il [les] mettait en garde sur une trop grande implication affective de leur part dans les cures. Il préconisait la "neutralité" de l'analyste en tant qu'attitude impartiale, ouverte et objective, attentive et bienveillante mais centrée sur sa tâche d'entendre(...). Freud comparait même l'attitude de l'analyste à celui du chirurgien qui se préoccupe avant tout de sa technique opératoire. Or il connaissait bien les effets que le transfert et l'empathie pouvaient produire chez l'analyste. Ses mises en garde visaient à alerter les analystes sur les difficultés (...) que pourraient induire chez lui les sentiments d'attachement ou d'hostilité qui apparaissent au fil du discours ou dans le comportement de ses patients. (...) Il ne peut éviter d'être touché, à son insu, par ce qui se passe dans les cures et d'être atteints par leurs effets inconscients, que l'on nomme le contre-transfert. Dans la pratique analytique l'une des tâches les plus difficiles qui attend l'analyste est précisément d'essayer de prendre conscience de son "contre-transfert" afin de préserver la liberté de son écoute et de ne pas devenir le "complice" ou le "sauveur" de son patient. »

1. Baum Botbol M. La responsabilité. Revue Autrement, 1994 ; 14 : 53.

2. Smirnoff V. La psychanalyse de l'enfant. Paris : PUF ; 1966.

S'il est possible de s'inspirer de certaines réflexions issues de la technique psychanalytique, il s'est avéré désastreux de les proposer ainsi aux soignants.

Une attitude de type « neutralité bienveillante » peut être traduite ainsi par certains soignants : « Il faudrait qu'on s'oublie soi-même, qu'on ne porte pas de jugement, qu'on se centre sur le malade. Certaines formations ont fait le contraire de ce que j'attendais. »

Ainsi, une difficulté de la formation à la relation d'aide réside dans la manière d'apprendre aux futurs soignants ce qu'ils doivent faire des mises en écho de leurs failles personnelles dans la rencontre avec le malade. Chacun de nous est porteur de zones de vulnérabilité personnelles qui touchent des domaines de notre vie affective et de notre histoire personnelle. Or, le travail de soignant mène forcément à proximité de la vie de l'autre. L'histoire d'autrui peut entrer en résonance avec notre histoire et réveiller des souffrances personnelles, faire perdre transitoirement une partie de nos compétences techniques.

L'autre danger est une mise à distance telle qu'elle en devient inhumaine et peut enlever de l'efficacité à la thérapeutique elle-même ou de la confiance du soigné pour le soignant jugé trop froid. La manière de donner le soin est aussi importante que le soin lui-même.

Ainsi, de l'art de la bonne distance dépendent le bien-être du soignant et son efficacité thérapeutique.

La justice dans la relation d'aide

Il peut être surprenant de placer le problème de la justice dans l'approche de la relation d'aide. Pourtant, c'est à ce niveau que se situe le conflit central pour l'individu.

Les travaux sur le burn-out montrent que la souffrance des soignants est en partie liée au fait qu'ils se sentent insuffisamment reconnus et/ou écoutés. Les infirmier(e)s dénoncent le manque d'égard de la part des soignés. Ils (elles) se sentent harcelé(e)s, certain(e)s disent avoir eu souvent peur d'un malade. Ils (elles) estiment être insuffisamment considéré(e)s dans leur connaissance du malade, dans la perception de leur souffrance et de la qualité de leur vie, même par les médecins de leurs services.

Dans une étude menée auprès de 565 médecins généralistes hollandais par W. Schaufeli, il apparaît que les médecins eux aussi souffrent d'un certain manque de réciprocité, du sentiment d'être harcelés par les malades ; 25 % d'entre eux ont été menacés par un malade dans l'année qui a précédé l'enquête. Pour cet auteur, le sentiment de harcèlement est très lié au sentiment d'iniquité qui entraîne l'épuisement émotionnel.

La relation soignant-malade est fondamentalement déséquilibrée.

Quelle sorte de lien relie deux personnes qui ne se connaissent pas et vont entrer dans une relation touchant à l'intimité du corps et/ou de l'âme ?

Tout est en apparence déséquilibré dans cette relation. Le malade n'a pas la santé, il souffre, il est vulnérable. L'un doit donner, l'autre recevoir. L'inégalité est partout : le temps, l'argent donné-reçu, l'attention, l'intelligence de l'acte ou de la réflexion jusqu'au « merci » et à la reconnaissance. Combien de fois le soignant est remercié, gratifié d'un titre de « grand docteur » ou « bon soignant » pour un acte mineur, ou pour le traitement d'une maladie que la nature aurait elle-même guéri ! Combien d'« actes héroïques » ou simplement intelligents ont sauvé l'autre et ne seront jamais considérés que comme des actes naturels. Combien de fois des actes bien faits n'auront été « récompensés » que par un reproche voire une revendication violente. Certes le rôle et le devoir du soignant est de faire son métier. Certes, il doit connaître les devoirs qu'il a à remplir vis-à-vis du malade. Mais la souffrance, la maladie, l'âge ne donnent pas tous les droits. L'ego de l'homme est aussi derrière le professionnel soignant et cet ego peut souffrir parfois de ne pas recevoir une quelconque reconnaissance.

On peut penser un modèle de l'épuisement professionnel en termes de **théorie de l'équité** selon laquelle les individus évaluent leur relation à l'autre en termes de récompense, de coût, d'investissement, de profit.

Le calcul auquel nous nous livrons là n'est pas un calcul d'économiste bien que celui-ci soit inclus.

Altruisme et égoïsme dans la relation d'aide

Ceci amène à remettre en question des valeurs qui deviennent des sources de souffrance : sacerdoce, don de soi, altruisme, gratuité de l'acte.

L'idée de l'autosacrifice est à revoir comme valeur de la profession : « (...) *elles donnent sans savoir recevoir* », aime à répéter un formateur. Plusieurs auteurs spécialisés dans la formation en soins infirmiers développent actuellement le thème « *Prendre soin de soi... pour prendre soin des autres* ». Il s'agit là d'une sorte de renversement des valeurs traditionnelles non seulement du métier mais aussi d'une morale conventionnelle issue de la religion chrétienne fondée sur le sacrifice de soi.

Cette remise en perspective de l'égoïsme et de l'altruisme s'appuie sur des données psychologiques, philosophiques, éthiques et religieuses pour étayer l'idée que « *savoir prendre soin de soi est un préalable à savoir prendre soin des autres* » (H. Lazure).

Le psychologue humaniste Paul Diel, dans son ouvrage *Psychologie de la motivation*, met en équation ce qu'il appelle l'**égoïsme conséquent** et l'**altruisme conséquent** qui deviennent des équivalents si l'on introduit sous terme « conséquent » l'idée que mon existence n'est **que** parmi les autres.

Cette reconnaissance du soignant se situe à un triple niveau : personnel, interpersonnel et social. Le niveau personnel le conduit à une meilleure connaissance de soi et des motifs qui l'ont mené dans ce travail de relation d'aide. « *Dans ce siècle de vitesse, peu de personnes prennent le temps de s'arrêter* »

et de s'interroger sur leurs motivations lorsqu'elles s'engagent envers quelqu'un ou lorsqu'elles font le choix de servir leurs semblables. » écrivent M. Arcand et L. Brissette. Cette recherche des motivations représente un véritable travail psychothérapique menant à la mise à jour de contradictions ou de conflits anciens.

« (...) Bonne semaine, repos de l'esprit. C'est comme si j'acceptais de ne pas tout pouvoir faire face à l'idéalisme que j'ai. Accepter que je ne sais pas, que je ne peux être parfaite, accepter d'être ce que l'on est, être à l'écoute de moi-même... J'ai compris que je ne peux pas être bonne partout. J'ai pris conscience qu'on ne peut pas être bien sur tous les points. Être toujours bonne, prête à tout. Des fois je ne peux pas et je me sens mieux quand je me le dis. Je suis plus en accord avec moi-même... C'est comme si je me donnais le droit d'être ce que je suis au lieu d'avoir à prouver quelque chose à la société, illusion qu'on pouvait en parler. Je me sens mieux mais cela sera-t-il durable ? (...) »

F. L., infirmière en thérapie.

« Je pensais m'épanouir et trouver un sens profond à ma vie en me confrontant à la mort à l'hôpital et je me rends compte que je me suis trompée... »

P. J., infirmière en thérapie.

Le niveau interpersonnel représente le domaine des relations entre soignants, leurs reconnaissances mutuelles, leurs collaborations et le domaine des relations avec les patients, leurs droits mais aussi leurs devoirs. Les malades n'ont pas que des droits.

Le niveau social traite du difficile problème de la reconnaissance d'une profession, de sa place dans le tissu social et de sa rétribution financière. Quel prix notre société est-elle prête à payer pour sa santé ?

Sur le plan individuel, chacun a à faire cette sorte de calcul dans cette recherche de l'équité vis-à-vis de soi-même. Dans une perspective psychanalytique, c'est la recherche d'une élaboration personnelle entre principe de plaisir et principe de réalité, entre soi et le monde.

Cependant, cette perspective n'est pas suffisante si elle n'entre pas aussi en résonance avec la question du sens de l'action et de l'existence.

Une réflexion sur des expériences de vie : la place des formations collectives dans la prévention du burn-out

Les centres de formation sont des lieux privilégiés où peut être abordé l'épuisement professionnel des soignants. Des soignants venant de services différents s'y retrouvent régulièrement pour un temps de formation qui va les mettre en dehors du rythme habituel, et les confronter à d'autres personnes. C'est l'occasion pour des formateurs d'observer et d'échanger.

Témoignage : des infirmières... qui brûlent¹

Elle est pâle, fatiguée. Elle balance son sac sous la table. « *Je n'ai plus qu'à m'en aller élever des chèvres* » dit-elle. Josette est infirmière. Elle vient d'arriver pour trois jours de formation et elle n'en peut plus. Le travail du groupe ne l'intéresse pas du tout. Elle feuillette un journal, n'importe comment. Elle s'éteint, elle ferme les yeux. Josette est épuisée, brûlée de l'intérieur, vidée. Elle en a « *plein le dos* », les malades, les collègues lui « *pompent l'air* », elle « *étouffe* » : réellement, elle est en train d'étouffer.

Josette est infirmière et elle porte en elle les stigmates de son métier. L'impression de porter le monde sur ses épaules, les dialogues de sourds — on appelle cela des problèmes de communication —, la tension permanente qui donne le sentiment qu'on n'arrive à rien, l'angoisse, la déprime... ; tous ces signes maintes fois répertoriés, maintes fois décrits, font l'objet de nombreuses études.

À l'hôpital, où la souffrance et la mort sont partout présentes, il faut apprendre à faire face, à se grandir soi-même en aidant l'autre à prendre conscience de lui, et trouver là des raisons d'avoir confiance. Soigner ? Guérir ? On ne guérit personne. Tout au plus peut-on aider quelqu'un à guérir, à se guérir, si la guérison est possible. Or combien d'infirmières, aujourd'hui, ont-elles les moyens d'investir ce travail de soin ? Et comment vivent-elles ce travail ?

Le soin fait peser sur les épaules des soignants une double charge physique et psychologique. Mal au dos, mal à l'estomac, fatigues de toutes sortes en sont les signes somatiques courants. L'excès d'alcool ou de tabac, les absences répétées, les démissions devant les tâches à accomplir racontent aussi le poids du malaise. Mais qui les entend ? Comme Josette, beaucoup d'infirmières manquent de lieux de parole. Dans les services, qui prend le temps d'écouter ?

Alors, quand quelques jours de formation leur sont donnés, elles en profitent. Elles nous disent leur mal de vivre, leur épuisement. Et nous, tous les jours, nous sommes là pour accompagner des personnes qui libèrent le trop-plein de leurs colères comme de leurs joies, de leurs peurs et de leurs tristesses, qui nous invitent à partager un peu de leur cheminement auprès d'hommes, de femmes, d'enfants pris dans les moments difficiles de leur hospitalisation. Nous avons écouté la souffrance des soignants, nous avons reçu la confiance de leur impuissance. Leurs désespérances ne nous ont pas donné envie d'établir des listes statistiques de leurs besoins. Elles ont tracé devant nous *un chemin où nous avons souhaité aller à leur rencontre*.

Nous avons travaillé avec des infirmières le programme de formation à l'enrichissement des soins. La relation d'aide, la communication, le diagnostic infirmier ne sont pas que des concepts propres à nourrir des théories. Ils désignent aussi des *lieux* de vie où se révèlent les fonctionnements des êtres humains. En précisant ces concepts, nous affinons notre perception de ces fonctionnements.

Marjory Gordon, formatrice à l'école d'infirmières de Boston, propose onze modes de perception. Nous nous attachons particulièrement au septième, qui concerne la perception de soi.



- ▷ Chacun de nous a besoin d'être estimé par ses semblables, d'être bien, de se sentir libre, compétent, confiant en lui-même. Notre statut, notre réputation nous déterminent.

En même temps, chacun de nous a besoin d'être d'un milieu, d'un groupe, relié à d'autres qui sont, avec nous, de chez nous.

Que font de ces besoins les infirmières dans leur exercice professionnel ? Si soigner sous-entend que l'on fasse abstraction de soi pour être au service des autres, *que devient le soignant qui prétend prendre soin des autres en négligeant de prendre soin de lui ?* Que peut-il advenir d'un soignant qui s'oublie, sinon qu'il se fasse mal, qu'il meure, quelquefois, à petit feu comme on dit ?

L'épuisement professionnel qui fait que dans nos hôpitaux on se ruine la santé, on enferme les soignants dans une routine où s'étouffent leurs talents inemployés, leurs connaissances inutilisables et leur joie de vivre... perdue.

Retrouver le sens du soin, c'est, comme dit le renard au Petit Prince, *créer des liens* entre deux histoires : l'histoire du malade et l'histoire du soignant.

Qu'est-ce que soigner ? Qu'est-ce que traiter ? L'approche anthropologique des pratiques soignantes, que nous propose M.-F. Collière, répond aux attentes professionnelles des infirmières, parce qu'elle s'éloigne délibérément des pratiques médicales, emprisonnées dans des techniques qui, parce qu'elles nous ont fait perdre le contact clinique avec la personne, ont faussé le sens originel du soin. Il nous faut revenir à ce sens. *Prendre soin, accueillir, accompagner est une démarche professionnelle.*

C'est pourquoi les objectifs de notre formation sont de *mobiliser les ressources personnelles et collectives des soignants* pour faire face aux exigences de leur travail, donc de les convier à *s'affirmer, à s'enrichir* sans cesse, à *partager* entre eux leurs richesses.

Notre tâche est d'aider les soignants à devenir heureux en travaillant.

¹N. Jacquemin, formatrice au CPCPH.

Conclusion

L'approche individuelle de l'épuisement professionnel nous amène à aborder le problème de la relation d'aide.

Cette approche nous conduit à des niveaux d'approfondissement différents dans une dimension préventive et curative. Il s'agit là d'une approche active par le soignant de ses facteurs de risques d'épuisement. C'est donc bien sûr un travail personnel qui va de la mise en œuvre de conseils pratiques : savoir s'occuper de soi en cultivant ses passions, en apprenant à « couper » avec le service, en préservant sa vie personnelle, amicale jusqu'à de véritables approches psychodynamiques — quelles qu'en soient les modalités. La question posée par l'épuisement professionnel des soignants est de savoir comment leur apprendre à se protéger des souffrances que le patient transfère « naturellement » sur le soignant et qui vont faire écho avec les failles dont chacun est porteur.

Si, parfois le « burn-outé » — puisque l'expression est popularisée — va se révéler porteur d'une authentique pathologie psychiatrique à traiter, il s'agit, dans la majorité des cas, de sujets normaux exposés à des stress excessifs.

Dans une perspective existentielle, le burn-out peut ainsi devenir une expérience individuelle structurante qui consiste à transformer les symptômes d'épuisement en capacité créative. C'est l'un des objectifs de l'analyse du burn-out sur le plan de la personne.

Éthique et syndrome d'épuisement professionnel

« (...) l'homme moderne marche sur une poutre au-dessus d'un étang, mais la poutre sur laquelle il avance n'existe pas d'avance : c'est l'homme qui en avançant par chacun de ses pas doit la solidifier lui-même. Il n'y a aucun chemin tracé d'avance. »

Franz Kafka

Les réponses au syndrome d'épuisement des soignants ne peuvent se limiter aux approches individuelles, organisationnelles et ergonomiques.

Un certain nombre de facteurs de stress identifiés ont des dimensions particulières parce qu'ils sont en rapport avec la souffrance de l'homme face à sa finitude et aux limites des possibilités thérapeutiques.

L'objet de ce chapitre n'est pas de traiter de ces questions éthiques en particulier mais d'affirmer qu'elles sont incontournables dans une optique de prévention de l'épuisement professionnel.

Les facteurs qui apparaissent dans les enquêtes et les entretiens avec les soignants peuvent être répartis schématiquement en deux catégories :

- les stressors qui embrassent des questions éthiques à dimensions collectives ;
 - les aspects éthiques de la relation soignant-soigné.
- Les questions éthiques à dimensions collectives sont :
- le problème de la mort et de l'accompagnement de fin de vie ;
 - les difficultés de relation avec les malades et les familles ;
 - la communication des informations, l'annonce du diagnostic ;
 - la douleur et la souffrance ;
 - les incertitudes concernant les traitements et les pronostics, les « situations difficiles » ;
 - la qualité de vie insuffisamment prise en compte.

Dimensions éthiques de la relation d'aide

Nous avons abordé à plusieurs reprises différents aspects de la relation d'aide. Les formations qui existent font appel à des concepts psychologiques, psychanalytiques et à des techniques de communication qui permettent non seulement de mieux gérer son propre stress mais aussi d'acquérir une souplesse

dans l'appréciation de la distance envers autrui. En travaillant autour du syndrome d'épuisement professionnel, il est apparu que les aspects psychologiques ne suffisaient pas totalement. Plus exactement, il existe des concepts éthiques sous-jacents qu'il faut aborder. Nous en avons identifié trois :

- le problème de **la responsabilité** dans la relation d'aide ;
- le problème de **l'altérité** et de la relation d'amour de l'autre ;
- le problème de **la justice** (cf. chapitre 11 consacré à l'approche individuelle).

Si la réponse à l'épuisement professionnel ne peut faire l'économie de l'abord de la question éthique, celle-ci apporte aussi quelque chose au mouvement éthique actuel.

L'apport de l'épuisement professionnel à la question éthique

Les thèmes précédemment cités nous ramènent aux problématiques actuelles de l'éthique de notre médecine moderne : la vérité, l'humanité, la qualité de vie, le consentement, les incertitudes et les désespoirs thérapeutiques. Mais les retrouver ici dans une étude sur l'épuisement professionnel apporte à l'approche éthique une dimension particulière.

Reconnus comme facteurs de stress et donc de risque pour les soignants, c'est par nécessité qu'il faut y réfléchir. Les problèmes éthiques ont une incidence sur la santé du personnel et sur sa motivation par le biais justement de la mise en évidence du syndrome d'épuisement professionnel. Ceci renforce l'idée fondamentale d'une approche éthique qui ne soit pas uniquement théorique. L'approfondissement éthique n'est pas réservé à une petite élite de médecins ou de soignants intéressés ou particulièrement motivés. Tous sont concernés. Ce n'est pas non plus dans des lieux d'études ou des salles de conférences qu'il faut le faire mais au quotidien dans les services, au lit des patients, dans les couloirs. Éthique au quotidien, **éthique de couloir** certes mais qui ne manque ni de noblesse, ni de profondeur.

Cette éthique au quotidien implique un double mouvement :

- d'une part, les personnes qui s'y consacrent plus assidûment (par intérêt, par compétence, par conviction) se doivent de la formuler de façon compréhensible pour tous, ils ont à entendre le malaise éthique des soignants ;
- d'autre part, les soignants doivent eux-mêmes prendre la parole et oser dire leurs questionnements éthiques, car aucune question de sens n'est insensée.

Hypothèse concernant la nécessité d'une approche éthique de l'épuisement professionnel

À la racine de l'ensemble de ces problèmes collectifs, on peut poser les hypothèses suivantes.

Il se développe un hiatus entre, d'un côté les valeurs et les conduites professionnelles collectives, et de l'autre l'évolution des pratiques, de la technologie médicales et des consciences. Les soignants se trouvent dans des situations de désadaptation et de contradiction avec la réalité. Ils sont de ce fait en porte-à-faux par rapport à la situation qu'ils vivent mais aussi par rapport à eux-mêmes et à leur conscience. Tout un groupe ou une institution peuvent s'engager dans des comportements de plus en plus insuffisamment adaptés aux données actuelles de la médecine qu'ils pratiquent. Ce hiatus vécu par tous, plus ou moins ressenti par chacun, est une des sources d'un malaise et peut se généraliser.

C'est comme s'il y avait un « oubli » d'un des constats les plus anciens de la philosophie : « *Tout ne cesse de changer, tout passe...* » (Héraclite). « *Dans ces temps anciens où la profession même de philosophe n'existait pas* » (J. Hersch¹), des savants, mathématiciens, géomètres, astronomes décrivirent leur étonnement et leurs questionnements face à cet étonnant spectacle du monde en constant changement. Cet étonnement reste d'actualité.

Adaptée, cette problématique fait irruption au cœur de la médecine moderne.

Tout change. Les maladies changent, les malades changent, les consciences évoluent.

S'y adapter et rétablir l'équilibre permet de conserver humanité et équilibre. C'est une des formulations de la question éthique : Comment trouver des valeurs et des conduites face à un monde en perpétuel changement ? L'homme serait-il en danger d'une science oublieuse de son âme ?

La seule solution face à ces changements est de réfléchir, de garder l'esprit en éveil et d'accepter de « continuer » à penser comme l'écrivit A. Badiou dans son *Essai sur la conscience du Mal*².

Les problèmes éthiques soulevés par l'épuisement professionnel des soignants et leurs réponses

Le problème de l'accompagnement de fin de vie et de la mort

Le syndrome d'épuisement professionnel met en relief le mouvement d'idée concernant l'accompagnement de la mort, le développement des soins palliatifs aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La mort, même quand elle est naturelle, n'est pas un événement facile.

-
1. Hersch J. L'étonnement philosophique. Une histoire de la philosophie. Paris : Gallimard Folio ; 1995.
 2. Badiou A. L'éthique. Essai sur la conscience du Mal. Paris : Hatier ; 1996.

C'est un facteur d'épuisement professionnel qui justifie une réflexion particulière de la part des équipes qui y sont confrontées de façon répétée (réanimation, neurochirurgie, immuno-hématologie, oncologie, sida, gériatrie...).

La difficulté de vivre la mort de l'autre pour les soignants est devenue d'autant plus difficile que « *la mort s'est peu à peu en apparence retirée de la vie quotidienne et de notre culture jusqu'à faire de nos sociétés des "sociétés thanatophobes" d'où la mort est rejetée, déniée, artificiellement évacuée* » (L.-V. Thomas³).

En devenant de plus en plus scientifique et efficace, la médecine renforce l'inacceptation de ses limites et rend encore moins tolérables la maladie et la mort.

La médecine moderne, dans une conception restrictive de technoscience, est tentée d'aller toujours plus loin, de réussir encore plus de guérisons, de repousser encore plus les limites des possibles. Le médecin réussit souvent mais pas toujours. La mort est toujours là. Les progrès font oublier que la vie est vie et mort. Il est ainsi demandé à la médecine de répondre à des questions auxquelles elle ne peut donner de réponse. Les soignants sont emportés dans cette illusion mégalomane et « invités » à tenir un rôle de toute-puissance que la société « civile » leur demande de jouer.

Les hôpitaux sont devenus des ghettos pour la souffrance, la maladie et la mort. On entend souvent dans les services, les soignants affirmer « *que l'état des malades pris en charge est de plus en plus grave* ». Cela semble vrai et apparaît comme la double rançon de l'efficacité et du développement des soins ambulatoires pour des raisons économiques et de confort. Seuls sont hospitalisés les malades les plus graves ou ceux qui ne peuvent se soigner pour des raisons psycho-socio-économiques. Ces patients difficiles et moins gratifiants en termes de réussite médicale ou humaine augmentent la charge de travail et tendent à diminuer les satisfactions pour les soignants.

Dans une interprétation anthropomorphique, on peut dire que « notre société » se décharge de ses drames sur « ses » soignants. Dans un cloisonnement dangereusement renforcé, n'exclut-elle pas des souffrances de l'existence qui sont les **drames normaux de toute vie humaine** ? Les soignants sont ainsi les seuls à être confrontés à ces souffrances ; et ils doivent aussi dès qu'ils quittent leur service adopter l'apparente insouciance de la vie civile.

Ils affrontent de plus en plus seuls **le tabou de la mort, les accidents de la vie** relégués dans ces lieux spécialisés. Leur épuisement émotionnel n'est-il pas une des manifestations de cette mission impossible que subrepticement la société leur a confiée ?

3. Thomas L.-V. Anthropologie de la mort. Paris : Payot ; 1976.

La difficulté de relation avec les malades et les familles, la communication des informations, l'annonce du diagnostic

C'est un facteur de stress reconnu. Communiquer notamment des mauvaises nouvelles, des pronostics sombres, des traitements incertains n'est pas facile. Les médecins ne sont pas forcément toujours à l'aise pour l'assumer. Ceci leur est souvent reproché par les équipes soignantes lors de réunions ou de groupe de parole.

Les conséquences en matière de charge psychique sont importantes, en particulier quand d'autres personnes sont obligées de reprendre des échecs de la communication sur des sujets difficiles. Ceci pose le problème de la **responsabilité** de celui qui n'a pu aller jusqu'au bout de ce qu'il avait à faire mais aussi renforce l'**ambiguïté des rôles** — quand une infirmière annonce une nouvelle qui devrait l'être par le médecin mettant les différentes personnes en décalage les unes par rapport aux autres.

Le problème de la communication sur le plan éthique peut s'énoncer ainsi : les patients ont le droit de savoir ; ils sont *a priori* capables de comprendre ce qui leur est dit à condition d'utiliser un langage clair et simple.

Le débat a été ouvert dans un journal nord-américain posant la question suivante : ne faut-il pas permettre aux patients d'avoir des données aussi exactes et précises que celles mise à la disposition des médecins qui soignent leur enfant ? Effectivement, on peut se demander au nom de quelle valeur on interdirait l'accès à ces connaissances.

Certes, toutes les connaissances scientifiques ne sont pas accessibles à tous. Mais dans la majorité des cas, la traduction en un langage simple est possible, permettant à des néophytes de comprendre.

Souvent, après l'annonce d'un diagnostic, les personnes se documentent en allant chercher de façon déterminée plus d'informations médicales en se connectant sur Internet. Cette réaction est parfois prise par des soignants avec méfiance ou suspicion. Elle traduit en réalité une forme de mécanisme de défense contre l'angoisse de l'inconnu. En tant que tel, elle est à interpréter soit comme une position névrotique, soit comme la recherche d'une réadaptation par un travail cognitif de type recherche d'information. Les équipes sont de plus en plus confrontées à cela. Une des solutions réside dans une plus grande transparence des informations. Plus la situation est complexe, à risque ou incertaine, plus il est indispensable de répondre par un effort pédagogique aux questions des parents. Cela implique pour les équipes d'être plus sûres de leurs connaissances.

Nous sommes donc ici dans une éthique de vérité en matière de communication et de respect de l'autre dans sa capacité d'autonomie et de lucidité.

Cette vérité porte sur le diagnostic de la maladie, les modalités de traitements, les objectifs et la garantie que tout sera dit au fur et à mesure

de l'évolution et des données nouvelles et surtout que tout sera fait pour bien soigner.

Rien ne permet de penser que les patients n'ont pas la force morale d'assumer des nouvelles même difficiles.

Les manifestations psychocomportementales auxquelles nous assistons doivent être considérées avec prudence. Ce qui est travail quotidien et routinier pour l'équipe peut être pour le sujet « *le moment le plus important de leur vie* » (M. Rapin). C'est pourquoi elles ne permettent pas de juger, ni de prévoir les forces morales et psychiques d'autrui et encore moins de porter de diagnostic psychiatrique.

Mais la transparence ne résout pas tout.

En effet, dire la vérité n'est pas forcément faire le bien. Jusqu'où aller dans cette transparence et comment ? Le Code de déontologie dans son article 35 nous autorise à ne pas dire la vérité « *dans l'intérêt du malade, pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience* ». Répondre aux questions et dire la vérité peut être impossible pour des raisons psychologiques, culturelles, philosophiques et risque de heurter des convictions religieuses.

Lors d'une arrivée en urgence, les parents d'un enfant vont poser des questions parfois déstabilisantes pour les plus jeunes soignants : Connaissez-vous cette maladie ? Êtes-vous capable de la soigner ? Combien de cas avez-vous eu comme celui-ci ? Exactement le même⁴ ? Lors de maladies de longue durée, certains sujets peuvent tester les connaissances des soignants et les piéger sur des points techniques précis qu'ils ont appris. On retrouve là des manifestations d'angoisse. Ces modes de communication sont difficiles car la réponse attendue par l'autre n'est pas la réponse directe à la question qu'il vient de poser. Il faut aider les équipes à décrypter ce type de message.

Sur le plan psychologique, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'échec d'une thérapeutique, un état d'aggravation, l'annonce d'un handicap peuvent déclencher des réactions psycho-émotionnelles et s'avèrent être un problème complexe. Ces réactions sont décrites sous différents termes : état de sidération, réactions émotionnelles violentes, révoltes, dépression, dénégation. Ces réactions naturelles ne signifient pas que la personne n'a rien compris. Il peut s'agir autant de mécanismes de défense. Les patients n'entendent que ce qu'ils veulent et peuvent entendre. Chacun a une capacité d'écoute différente et variable.

Le problème est encore plus difficile en ce qui concerne l'annonce de la mort. Jankélévitch (cité par A. Comte-Sponville) écrit : « *Celui qui dit au mourant qu'il va mourir ment d'abord à la lettre parce qu'il n'en sait rien, parce que Dieu seul le sait, parce qu'aucun homme n'a le droit de dire à un homme qu'il va mourir et en esprit car il lui fait mal.* »

Enfin, la dimension religieuse justifie encore plus de prudence.

4. A. Barois, communication personnelle.

Exemples

Nous avons été appelé dans un service d'oncologie pédiatrique auprès d'une femme arabe. Elle était dans une sorte de crise hystérique bruyante et incontrôlable auprès de son grand garçon adolescent atteint de leucémie en phase terminale. Le médecin lui avait dit : « *Votre fils va mourir.* » Cette femme musulmane n'était pas incapable d'accepter que son fils pût mourir, mais elle ne pouvait pas accepter qu'un être humain, fût-il médecin, annonçât la mort de son enfant. Seul Allah peut le décider.

Roy et coll. suggèrent aussi la prudence dans les mots employés auprès de familles de gitans et conseillent d'expliquer la gravité de la situation d'un enfant qui va mourir sans employer le mot mourir car, écrivent-ils, le mot « mort » peut dans un contexte particulier devenir péjoratif et s'apparenter au « jetage de sort ».

Ainsi, l'éthique de vérité peut être en contradiction avec un principe de bienfaisance et d'humanité.

C'est un des éléments qui rend la communication avec les malades complexe car, si nous leur devons la vérité, nous devons tenir compte de leur affectivité et de leur état psychologique, d'autant plus que le message sera chargé de mauvaises nouvelles.

La transparence a ses limites en matière de communication.

Apporter une information claire, loyale et appropriée s'impose aux médecins auxquels il revient de fournir les informations mais la question reste de savoir comment le faire, sous quelle forme et quel soutien leur apporter.

Qu'attendent les patients de la part du corps médical ? Ils demandent d'abord au praticien une parfaite connaissance de la maladie, de trouver **le ton juste** et de respecter leur « émotionnel ».

S'adapter à chacun avec humanité.

Comment annoncer une maladie avec un pronostic grave ou sévère, telle est la question qui se pose au praticien. Pour tenter d'y répondre, des médecins australiens⁵ ont analysé la littérature et élaboré des recommandations par une démarche de consensus originale faisant un large appel à l'opinion du malade. Ce travail a le mérite de résumer les trois grands types d'attitude de la part des médecins et de permettre de réfléchir sur les manières d'annoncer un diagnostic :

- l'attitude traditionnelle consistait à ne jamais annoncer aux malades des nouvelles graves les concernant par crainte d'augmenter leur anxiété et par respect de leur souhait supposé de ne pas entendre ces mauvaises nouvelles. Cependant, il apparaît nettement que la plupart des malades et des familles souhaitent recevoir des informations précises. Les laisser dans l'incertitude engendre leur anxiété ou la renforce. S'il est vrai que dire la vérité provoque

5. Girgis A., Sanason Fischer W. Breaking bad news: Consensus guideline for medical practitioners. J Clin Oncol 1995 ; 13 : 2449-56.

des perturbations émotionnelles à court terme, en particulier après une annonce brutale, cela débouche souvent ensuite sur un apaisement et une réorganisation positive ;

- la seconde attitude consiste à toujours dire la vérité en totalité dès qu'elle est connue. L'argument majeur en faveur de cette attitude est le droit des patients à une information claire et honnête. Cependant, l'expérience montre que les malades ne souhaitent pas tout savoir tout de suite. Le déni de la réalité, le refus de l'irréversible peuvent être des modes de défense du malade contre l'anxiété parfois temporaire mais qu'il convient de respecter ;
- c'est pourquoi les auteurs australiens en arrivent à définir une troisième attitude qui consiste à s'adapter à chaque malade pour lui délivrer une quantité d'informations qu'il souhaite recevoir au rythme qui lui convient afin de lui permettre de s'adapter à la situation nouvelle.

Ces réflexions tirées de la lecture d'une abondante littérature et de nombreuses enquêtes permettent de renvoyer dos à dos les tenants d'un paternalisme dépassé et ceux d'une transparence absolue. Dans cette démarche, un certain nombre de recommandations destinées aux médecins permettent de stimuler la réflexion dans **l'approche de la révélation du diagnostic**.

Recommandations

- Choisir le lieu et prendre le temps. Il est important d'être dans un endroit calme et isolé en évitant toute interaction (bip, visite, téléphone...) en laissant au patient le temps de réfléchir pendant la conversation. Le point de départ de la discussion peut être une question sur ce qu'il sait ou ce qu'il a compris de la maladie.
- Donner une information claire et simple et accepter les réactions du malade. Il s'agit de donner des informations pertinentes sur le déroulement de la maladie et sur les suites de la prise en charge, de veiller à la compréhension et de ne pas hésiter à se répéter lors de la conversation. Écrire, dessiner sont des moyens de communication utiles. Enfin, il faut savoir permettre aussi au malade de s'exprimer même dans les larmes, la stupeur, le refus de croire, la colère. Sympathie, réconfort, compréhension émotionnelle font partie du soutien immédiat.
- Envisager l'avenir permet de garder un contexte d'espoir en étant d'abord disponible. Souvent il est utile de remettre à un intervalle bref (24 à 48 heures) un autre entretien pour poursuivre celui-ci et laisser un numéro de téléphone ou une possibilité d'appel à tout moment dans l'intervalle.
- Faire participer le malade et sa famille, c'est proposer des options thérapeutiques quand celles-ci existent de façon à éviter ce sentiment de perte de liberté absolue. Ceci permet d'obtenir un consensus entre soignant et patient.
- Enfin, encourager le contact avec les autres dès le début au niveau de la famille, de groupes de parents et/ou d'associations. Il est intéressant d'encourager la rencontre avec des proches (grands-parents, amis intimes, etc.)

et de répondre honnêtement et clairement à leurs questions : ceci permet à la plupart de découvrir une affection qu'ils ignoraient. Le médecin traitant est un soutien extrêmement précieux.

► Dernier point important : prendre des notes sur le dossier du malade. Il est utile de noter ce qui a été dit, ce qui a été expliqué, ainsi que les réactions, à qui le patient a autorisé de donner des informations sur sa maladie. Ces notes écrites permettent une meilleure communication notamment dans les équipes hospitalières et dans les relations entre médecin traitant et équipe soignante. Cette dernière proposition nous paraît simple et innovante (car rarement réalisée en pratique). Pourtant tous auraient à y gagner en vue d'une meilleure communication dans l'équipe et d'une adaptation plus aisée avec le patient lors des consultations ou hospitalisations futures.

L'ensemble de ces recommandations ainsi rédigées a l'avantage de la simplicité mais aussi d'une certaine profondeur, qui peuvent inspirer la réflexion de chacun sur la manière dont il doit inventer au cas par cas la manière d'annoncer un diagnostic difficile avec la plus grande humanité possible.

Il est possible d'envisager de manière réfléchie, des problèmes de communication qui se posent non seulement au niveau individuel : chacun doit avoir conscience de ce qu'il doit, de ce qu'il peut dire, mais aussi au niveau collectif. En effet, chacun dans une équipe médicale pourrait être tenu informé des données nécessaires concernant le malade dont il a la charge, pour remplir au mieux sa mission. Pourtant la multiplicité des intervenants, le stress et parfois une insuffisante attention sont source d'une mauvaise transmission qui complique encore plus la difficulté inhérente à la communication avec les patients.

Il est clair qu'une meilleure communication serait un facteur de réduction du stress. Apprendre à communiquer permet d'avoir une attitude plus cohérente vis-à-vis du malade et évite les faux pas relationnels. C'est dire l'intérêt des réunions, assises ou debout, brèves ou longues, mais dans lesquelles s'expriment et se transmettent les informations.

Douleur et souffrance, incertitudes concernant les traitements, situations difficiles, pronostics sombres, qualité de vie : facteurs insuffisamment pris en compte

Ils sont tous des facteurs qui concourent à l'épuisement émotionnel des soignants. Nous les avons nommés, en reprenant la formule de Goldenberg⁶,

6. Goldenberg E. Comment aider des soignants en souffrance ? Krankenpflege-Soins Infirmiers, mai 1988.

les désespoirs thérapeutiques. Toutes ces situations sont liées aux limites de possibilités médicales et à la finitude de l'être. Trop souvent les problèmes d'éthiques ne sont abordés qu'au dernier moment, ou en comité restreint. Pendant ce temps, ils demeurent, stagnent... « *les situations pourrissent* » comme on l'entend souvent dire par les soignants qui doivent les assumer. Garder en soi une question d'éthique est source d'épuisement professionnel.

De plus, beaucoup de soignants ne savent même pas que les questions qu'ils se posent sont de vraies questions intelligentes. Pour paraphraser une réplique de théâtre célèbre, « *beaucoup pensent éthique* » sans le savoir, comme Monsieur Jourdain avec la prose...

Les vrais et les « vrais faux » problèmes éthiques

Nous avons, dans une enquête personnelle⁷, identifié au sein d'un service deux grandes catégories de problèmes éthiques : **les vrais problèmes d'éthique** et les « **vrais faux** » **problèmes éthiques**. Sous cette formule, nous entendons d'authentiques problèmes éthiques pour la personne qui les pose (qualité de vie, bénéfice/risque d'un traitement, douleur, arrêt de soins, acharnement thérapeutique) mais qui n'en sont pas vraiment quand les problèmes sont examinés et l'ensemble des informations données. Ces « vrais faux » problèmes d'éthiques témoignent en fait d'une **mauvaise qualité de la communication** dans une équipe. Cependant, bien que faux, ces problèmes n'en sont pas moins responsables d'une charge psychique importante.

Conclusion

Identifier, poser, oser aborder les problèmes d'éthique est un des facteurs de prévention de l'épuisement professionnel dans une équipe médicale.

Il est des questionnements éthiques complexes dans la problématique de l'épuisement professionnel. En matière d'éthique, le plus grave est peut-être l'ignorance des questions posées. Toute question est bonne à étudier. Apprendre à les poser, c'est oser aborder les « *Je ne sais pas* » : quelle attitude adopter ? que dire ? quel choix faire ?, etc. C'est un des points de départ d'une réflexion éthique.

Pouvoir les repérer, les nommer, permettre à chacun dans le cadre du service de formuler ces interrogations est fondamental. Reconnaître l'autre avec le **respect de son identité**, l'écouter et rechercher ensemble les réponses aux questions posées donne sens aux actions.

7. Canoui P. Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique, Paris V, 1992.

Ainsi, il devient possible à chacun d'**assumer sa responsabilité**. Il peut donner **la réponse** correspondant à sa fonction et ses compétences.

Assumer une éthique au quotidien permet de **limiter les phénomènes d'ambiguïté des rôles** dont nous avons vu la nocivité dans les fonctionnements d'équipe.

L'ensemble de ces considérations prend une acuité particulière avec le burn-out et concerne la collectivité médicale dans son ensemble.

Conclusion

Sous le terme imagé de *burnout syndrome*, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) est né d'un constat populaire établi par et pour des soignants.

Les premiers travaux concernant ce syndrome semblaient rejoindre les aspects connus de la **psychopathologie du travail** qui accorde au **stress** une place privilégiée. Aborder le burn-out en termes de pathologie due au stress, c'est en adopter les conceptions actuelles. Le stress est une réaction normale d'adaptation avant d'être à l'origine de troubles psychopathologiques et somatiques variés. Le stress est le résultat d'une interaction. Le modèle linéaire stimulus-réponse a laissé la place à un modèle transactionnel entre l'individu et son environnement qui « *implique d'abord la perception et l'interprétation de la situation* »¹. Il s'agit donc d'un stress perçu, vécu, proche de l'émotion, retrouvant, plusieurs siècles après, l'analyse de la tourmente des hommes faite par Épicure : « *Ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses, ce sont les jugements qu'ils portent sur les choses.* »

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas secondaire à un stress aigu mais à la répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel. Il est une forme de « **stress spécialisé** ».

L'étude de la littérature et l'expérience clinique ne permettent pas de donner au burn-out une spécificité propre tant au plan symptomatique que psychopathologique.

Ces symptômes psychiques et somatiques sont polymorphes et aspécifiques (troubles anxieux, dépressifs, somatiques...).

Il n'est pas nécessaire que le syndrome d'épuisement professionnel soit une nouvelle catégorie diagnostique pour exister. En pratique psychiatrique, s'il fallait le placer dans un cadre diagnostique, c'est la catégorie « troubles d'adaptation » qui conviendrait le mieux.

Ch. Maslach et S. Jackson en créant un outil d'évaluation, le MBI (*Maslach Burnout Inventory*), ont défini ce syndrome selon trois critères : **l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.**

La déshumanisation de la relation à l'autre est la pierre angulaire du syndrome d'épuisement professionnel des soignants. En positionnant la relation à l'autre au cœur du burn-out, il se trouve limité, certes, aux professions dites d'aide, mais acquiert aussi toute sa spécificité et prend

1. Dantzer R. Physiologie du stress. In : Stress et anxiété : Les faux-semblants, coordonné par L. Chneiweiss et E. Albert. Château du Loir : Laboratoires Upjohn, J.-P. Goureau ; 1993 : 57-92.

tout son intérêt puisqu'il peut être ainsi défini comme une pathologie de la relation d'aide.

Quand la relation d'aide (ou thérapeutique) « tombe malade », la symptomatologie devient celle d'un burn-out.

De nombreuses définitions ont été proposées ; celle que nous retiendrons est de D. Bédard et A. Duquette : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* »

Les études épidémiologiques et d'évaluation réalisées avec des outils méthodologiques fiables montrent que 25 à 40 % des soignants sont épuisés. Ceci donne au syndrome d'épuisement professionnel des soignants des allures d'épidémie à forte contagiosité sinon d'endémie et justifie que toutes les instances de santé s'intéressent au problème.

Les caractéristiques personnelles ont peu d'influence sur la sensibilité à l'épuisement professionnel bien que les soignants jeunes soient plus vulnérables.

Les études sur les personnalités des soignants atteints d'épuisement professionnel ne mettent pas en évidence de personnalité à risque. Certains traits psychologiques, tels que la hardiesse (*hardiness*), ou certains types de *coping* — manière de faire face possédant un lieu de contrôle interne — semblent jouer un rôle protecteur.

Même si les chiffres d'épuisement professionnel dans certains services sont élevés, il n'est pas significatif qu'un type de pathologies détermine à lui seul le niveau d'épuisement professionnel des soignants.

L'organisation, l'ambiance de travail sont des facteurs essentiels, de même que les conflits entre les personnes, le manque de soutien, les difficultés à communiquer, l'ambiguïté des rôles ou la charge de travail. Tous concourent au SEPS. Dans une optique de prévention ou de traitement de l'épuisement professionnel, chaque agent stressé requiert une réflexion particulière.

Dans cet ouvrage, nous avons envisagé **trois directions possibles d'analyse préventive.**

La première direction est représentée par l'approche individuelle à travers la relation d'aide. Même si la relation à l'autre est constitutive de notre humanité, elle « *ne va pas de soi* » et présente des risques. C'est de ces risques dont il faut prévenir les soignants afin qu'ils ne se « *brûlent* » pas.

La deuxième concerne une réflexion sur le plan institutionnel. Il est relativement facile de repérer les dysfonctionnements d'une structure hospitalière et les insuffisances de dotations en matériel et en personnel. Si les manques de moyens sont vite chiffrés en termes de budget, le coût de l'épuisement professionnel ne l'est pas. Il est pourtant vraisemblable que le burn-out a un poids économique important et il serait hautement souhaitable d'en réaliser une évaluation : l'efficacité moindre, la rotation de personnel, le nombre important d'arrêts de travail et le retentissement sur la santé des soignants dont ils sont conscients depuis longtemps. Citons la nécessaire

reformulation des objectifs et du sens donné au travail de l'équipe, la question du soutien des soignants dans leurs tâches et l'ambiguïté des rôles de chacun mais encore les aspects ergonomiques et les dotations en matériel comme en personnel. L'approche organisationnelle, fondamentale dans l'analyse du burn-out, doit s'orienter vers l'humain pour permettre aux soignants de s'investir dans cette relation d'aide aussi complexe qu'usante. Si elle est essentielle, elle est également source d'une grande richesse. Remédier aux pertes de temps et d'énergie physique et psychique occasionnées par les multiples dysfonctionnements institutionnels retentit inéluctablement sur les soignants, le malade et tous les professionnels qui travaillent dans nos hôpitaux, y compris le personnel administratif et des services généraux. Ils participent aussi au bien-être des malades, en permettant un fonctionnement harmonieux de l'institution de soins et en réduisant les facteurs de stress liés aux dysfonctionnements organisationnels. C'est pourquoi les directions hospitalières, l'ensemble du corps administratif de l'hôpital et ceux qui le vivent par procuration ou par ricochet sont concernés.

La troisième approche est collective et pluridisciplinaire. Elle concerne essentiellement des problèmes d'éthique, liés aux problématiques de la médecine moderne et à la finitude de l'homme. En l'abordant, l'éthique médicale n'est plus un luxe mais devient une nécessité.

Au niveau individuel, le syndrome d'épuisement professionnel pose le problème de l'éthique de la relation d'aide. Comment être vis-à-vis d'autrui ? Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? Jusqu'où donner de soi-même ? Dans quel esprit d'équité ? Le syndrome d'épuisement professionnel soulève la question de la responsabilité, de la justice et finalement de l'amour. Il appelle nécessairement des réflexions psychologiques et philosophiques.

Au niveau collectif, le SEPS met en évidence des dysfonctionnements dans le travail et soulève des questions éthiques fondamentales.

Avec le problème de la communication avec les familles et les patients est apparue la question de la vérité au patient et à sa famille. Le paternalisme n'est plus compatible avec l'évolution de la médecine et des consciences. Les malades et la science médicale ont changé. Le modèle nord-américain dans son usage de la transparence absolue n'est pas non plus la seule alternative. Il est actuellement peu compatible avec notre culture et présente des limites si l'on veut rester dans un principe moral de bienfaisance. Il ne nous apparaît pas toujours respectueux de l'affectivité de l'autre. Ne faut-il pas inventer un **paternalisme tempéré** selon l'expression d'A. Fagot-Largeault² ? Ce paternalisme tempéré n'est pas la voie de la tranquillité.

2. Fagot-Largeault A. Table ronde consacrée aux problèmes liés à la décision d'abstention ou d'arrêt thérapeutique en réanimation. Annales Méd de Nancy 1992 ; 4 : 359-60.

C'est une éthique à penser par les soignants eux-mêmes. « *Il n'y a pas d'éthique en général*, écrit A. Badiou³. *Il faut rejeter le dispositif idéologique de l'éthique qui risque d'identifier l'homme à un simple universel mortel, qui est le symptôme d'un inquiétant conservatisme qui par sa généralité abstraite et statistique interdit de penser la singularité de situations.* »

Nous avons défini le syndrome d'épuisement professionnel comme l'expression de **la pathologie de la relation d'aide**. Ce n'est pas dans son expression finale du soignant usé avec son cortège de symptômes physiques et psychiques que le syndrome apporte le plus. C'est en tant que processus dynamique qu'il est intéressant. Une autre **particularité réside donc dans la question traitée⁴** : celle de **la relation soignante envers un autre donc dans sa dimension existentielle**. C'est pourquoi considérer le syndrome d'épuisement professionnel des soignants comme d'abord une pathologie de la relation conduit à l'envisager aussi comme un phénomène d'ordre existentiel : les soignants sont confrontés à la souffrance existentielle des êtres qu'ils doivent soulager et souffrent eux-mêmes d'une crise d'identité.

Ceci confère au burn-out un double caractère singulier et social et soulève de ce fait **plusieurs hypothèses** :

- puisque la pathologie est liée à la fonction, elle peut atteindre **des sujets normaux** ;
- il est possible d'être en burn-out sans manifestation symptomatique. Le conflit intrapsychique lié à la difficulté d'être soi-même face à l'autre peut ne pas se présenter sous la forme « déguisée » d'un symptôme, mais être vécu consciemment et émotionnellement. Un des objectifs de la prévention du burn-out est justement de permettre aux soignants de l'identifier ;
- il permet **la reconnaissance de la spécificité des professions de santé** en particulier, mais éclaire aussi d'un jour nouveau, toutes les autres professions d'aide ;
- enfin en montrant que la relation à l'autre fait souffrir, nous affirmons que rien n'est moins évident que d'aller vers autrui pour l'aider.

Ceci pose la **question de l'équité** et oblige à innover dans l'analyse du fonctionnement psychique de la relation d'aide. Rien n'est gratuit, tout est échange. En termes d'économie psychique, tout se joue en renforcement positif ou négatif des conduites.

Approfondir cette dimension psychologique nous conduit nécessairement vers des considérations philosophiques et éthiques, « *l'estime de soi, le souci d'autrui et la justice* », et met l'accent sur l'importance « *de la réciprocité* ». Il y a là une interface entre psychologie et éthique dans une perspective critique de l'ego à l'alter, de l'égoïsme à l'altruisme.

3. Badiou A. L'éthique. Essai sur la conscience du Mal. Paris : Hatier ; 1996.

4. Goldenberg E. Près du mourant, des soignants en souffrance. Études, Paris ; 1987 ; 367/5 : 483-95.

La crise identitaire et le burn-out ne sont-ils pas l'équivalent d'un **syndrome post-vocation**⁵ ? Les vocations, certains le regrettent, ne sont plus. Notre hypothèse est que la vocation, dans sa double dimension sociale et religieuse, possédait un fort pouvoir défensif vis-à-vis de l'épuisement émotionnel. La vocation de médecin et d'infirmier(e) fait partie de l'imagerie populaire. Ces soignants totalement dévoués à leurs malades sacrifiaient toute vie personnelle. Solides et compatissants, capables de comprendre et de soutenir toute détresse humaine jusqu'à en être presque inhumains, tant ils frôlaient la sainteté, ces personnages ont quasiment disparu bien que chacun d'entre nous en connaisse encore. Comme le dit une des infirmières : « *Le sacerdoce, on met l'habit et on flotte.* »

Nous ne sommes plus dans des conditions sociales de soignants à vocation. Les valorisations ont changé. En disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus, sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en termes d'admiration et de reconnaissance.

Au terme de cet ouvrage, tant de questions se profilent :

- Faut-il faire du burn-out une maladie professionnelle et envisager une compensation financière comme c'est le cas pour d'autres pathologies, la névrose traumatique par exemple ?
- Faut-il garder le burn-out malgré son apparente faiblesse épistémologique, son absence de symptômes spécifiques physiques ou psychiques et d'identification dans la nosographie psychiatrique ?
- Sommes-nous dans une approche comportementaliste en extériorité ou dans une analyse de l'intérieur ?
- Ne faudrait-il pas abandonner ?

Non. C'est justement parce que le burn-out se situe en permanence dans un entre-deux qu'il est pertinent et précieux !

Le burn-out n'est pas une maladie. C'est un concept respectueux de l'être, déontologiquement correct, et qui permet, d'une manière discrète, élégante et éthique, d'évoquer le problème.

On peut « craquer » parce que l'on est confronté à des situations d'exception : le burn-out permet de reconnaître que le monde médical devient un monde d'exception. Assumer plusieurs décès par semaine, poser des décisions d'arrêts thérapeutiques, être tout simplement confronté de façon répétée à des accidents de vie, participer aux progrès de la médecine et en vivre les échecs est lourd. Le burn-out révèle un malaise existentiel singulier et social. Il pose la question du sens de la vie.

Il décrit un phénomène psychologique et grâce à cela reconnaît la spécificité de la fonction. Expression d'une crise d'identité, il signifie au soignant que le sens de son action, c'est l'autre. La valeur de l'acte réside dans la technique mais aussi dans la relation. C'est peut-être en ce sens que le soin reste un art.

5. Paul Messerschmitt, communication personnelle.

Il pointe aussi un paradoxe actuel. Notre médecine tremble devant l'économique et l'équilibre budgétaire. Or voici un syndrome coûtant vraisemblablement très cher à la collectivité, qui pose le problème de l'importance de l'acte de relation à l'autre. N'est-il pas paradoxal de constater qu'au moment où une politique de santé semble s'orienter vers une approche comptable, le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas pris en compte, alors qu'il pourrait être mieux prévenu ?

Le SEPS est au cœur de la vie entre monde intérieur et monde extérieur, entre « je » et « tu », entre le normal et le pathologique, entre le psychologique et l'éthique, entre la naissance et la mort.

Dans cette confrontation avec l'autre en souffrance, au sein de tant de situations complexes et angoissées, aux portes de la mort, voilà un syndrome qui force à découvrir des sens insoupçonnés et qui peut d'une souffrance faire une crise structurante.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. DSM-IV. Text revision. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par J. -D. Guelfi et coll. 2^e édition Paris: Masson; 2003.
- Arcand M, Brissette L. Prévenir l'épuisement en relation d'aide. Démarche, formation et animation. Boucherville, Québec, Canada: Gaëtan Morin; 1994.
- Badiou A. L'éthique. Essai sur la conscience du Mal. Paris: Hatier; 1996.
- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Traduction française par J. -P. Valabrega. Paris: Payot; 1960. (rééd. 1996).
- Bedard D, Duquette A. L'épuisement professionnel, un concept à préciser. L'infirmière du Québec, septembre/octobre 1998;18-23.
- Bourguignon A. Une surmortalité des médecins par suicide. Le Quotidien du Médecin 2004;7520.
- Canoui P. Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel. Le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique. Thèse de doctorat d'université en éthique médicale et santé publique. Paris-V: Université René-Descartes; 1996.
- Chneiweiss L, Albert E. Stress et anxiété : les faux-semblants. Château du Loir: Laboratoires Upjohn, J.-P. Goureau; 1993.
- Chneiweiss L. Les soignants face à la psychologie des malades. 2^e édition Paris: Lamarre; 1994.
- Consoli S. Stress et personnalité. In Stress et anxiété : Les faux-semblants, coordonné par, L., Chneiweiss et, E., Albert, Château du Loir : Laboratoires Upjohn, J.-P., Goureau, 1993, 161-186.
- Dejours C. Psychopathologie du travail. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37886-A-10, 2, 1982.
- Dejours C. Travail : usure mentale, Essai de psychopathologie du travail. Paris: Éditions du Centurion; 1980.
- Dejours C, Aboucheli E. Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. Prévenir, Travail et Santé mentale 1990;20:127-50.
- Delbrouck M. Le burn-out des soignants. de Boeck 2003.
- Delmas P. Influence de la hardiesse comme trait de personnalité sur la perception des stressseurs et sur le niveau de burn-out des infirmières en soins intensifs. Mémoire de recherche pour l'obtention du diplôme de cadre de santé. Toulouse 1997.
- Delmas P, Duquette A. Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières en réanimation. Recherche en Soins infirmiers 2000;60:17-27.
- Diel P. Psychologie de la motivation. Paris: Payot; 1947, 1984.
- Duquette A, Delmas P. Les infirmières sont vulnérables aux problèmes de santé mentale. L'infirmière canadienne 2000;1:10-1.
- Duquette A, Kérouac S, Beaudet L. Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier : un examen critique d'études empiriques. Université de Montréal: Édition A. Duquette; 1990.
- Estryn-Behar M. Travailler à l'hôpital. Paris: Éditions Berger-Levrault; 1989.

- In Figley CR, editor. *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge; 1995.
- In Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge; 2002.
- Gautier I. Burn out et médecins. Le bulletin du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris mars 2003; n° 86.
- Gombrowicz W. *Cours de philosophie en six heures un quart*. Paris: Payot et Rivages; 1995.
- Latourelle J. Le burn out des médecins spécialistes libéraux de la région Poitou-Charentes. *Nervure: Journal de Psychiatrie*; 2007, XXX, 5.
- Lehmann C. *Patients si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste*. Paris: Robert Laffont; 2003.
- Léopold Y. Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ? *Info ordinales*, janvier-février 2003.
- Lhuillier D, Mignée C, Raix A. Le burn-out. Rapport sur la psychopathologie du travail. XXII Journées de médecine du travail. Arch Mal Prof, Rouen 1991;1990(52):264-6.
- Lidvan-Girault N. Burn out : émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence. Thèse de doctorat, université René-Descartes, Paris, 1989.
- Lidvan-Girault N. Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel. Limites et perspectives. *Psychiatrie Française* 1996;2:30-9.
- Maddi SR, Kobasa SC. *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1996.
- Maslach C, Schaufeli W. Historical and conceptual development of burn-out. In: Schaufeli W, Maslach C, Marek T, editors. *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor and Francis; 1993.
- Maslach C. *Burnout : the cost of caring*. Malor Books 2003.
- Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
- Mauranges A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants*. Montargis: Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé; 2001.
- Organisation mondiale de la santé. CIM-10. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Traduction française par C. -B. Pull. Paris: Masson; 1994.
- Pezet V, Vilatte R, Logeay P. *De l'usure à l'identité professionnelle. Le burn-out des travailleurs sociaux*. Paris: TSA; 2000.
- Rispail D. *Mieux se connaître pour mieux soigner. Une approche du développement personnel en soins infirmiers*. Paris: Masson; 2002.
- Rodary C, Gauvain-Piquard A et coll. *Stress et épuisement professionnel. Objectif Soins* 1993;16:26-34.
- In Schaufeli W, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burn-out: recent developments in theory and research*. New York: Jayler and Francis; 1993.
- Selye H. Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress* 1975;1:37-44.
- Zawieja Ph, Guarnieri F. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris: Le Seuil; 2014.

Annexe

Maslach Burnout Inventory : MBI (traduction de Fontaine, 1985)¹

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

- Jamais : 0.
 - Quelques fois par année, au moins : 1.
 - Une fois par mois, au moins : 2.
 - Quelques fois par mois : 3.
 - Une fois par semaine : 4.
 - Quelques fois par semaine : 5.
 - Chaque jour : 6.
- Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

Item	Fréquence	
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6	
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6	
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6	
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6	
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6	c
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6	
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6	
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6	
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6	
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6	

1. Fontaine a traduit cette échelle en 1985. Nous nous sommes inspirés de la traduction retenue par P. Delmas dans son mémoire de recherche (1997) « Influence de la hardiesse comme trait de personnalité sur la perception des stressseurs et sur le niveau de burn out des infirmières de soins intensifs ». N. Girault Lidvan a également traduit le MBI que l'on peut étudier dans sa thèse de doctorat soutenue en novembre 1989 « Burn out : émergence et stratégies d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence ». Le MBI est alors évalué selon deux critères : la fréquence et l'intensité.

Item	Fréquence	
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6	
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6	
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6	
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6	
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6	
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6	
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6	
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6	
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6	
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6	
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6	
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6	

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle MBI

Répartition des 22 items-questions

Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Degré de burn-out :

- Total inférieur à 17 : bas.
- Total compris entre 18 et 29 : modéré.
- Total supérieur à 30 : élevé.

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22.

Degré de burn-out :

- Total inférieur à 5 : bas.
- Total compris entre 6 et 11 : modéré.
- Total supérieur à 12 : élevé.

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Degré de burn-out :

- Total supérieur à 40 : bas.
- Total compris entre 34 et 39 : modéré.
- Total inférieur à 36 : élevé.

Index

A

Absentéisme, 113, 143
Accomplissement
– de soi, 50, 84
– personnel, 13, 49, 50
Aidants naturels, 38, 61
Ambiguïté des rôles, 51, 56, 146, 173, 181
Annonce d'un diagnostic, 173
Anxiété, 25
Approche
– individuelle, 151
– institutionnelle, 105
Assistant(e) social(e), 154
Attitudes dites défensives, 12
Audit, 143
Auto-organisation, 86

B

Bonne distance, 42, 59, 91
Burn-out
– par procuration, 37
– par ricochet, 37
Burnout Measure (BM), 49
Burnout syndrome, 9

C

Changement de statut, 87
Charge
– de travail, 51, 98, 107, 181
– mentale, 60, 68, 105
– psychique, 18, 60, 69, 83, 99
Choix professionnel, 138
Cloisonnement, 62
Collision, 86
Communication, 173
Conditions de travail, 57, 74
Conduites addictives, 88
Conflits, 64, 181
Coopération, 86
Coping, 51, 76, 82, 115
Crise d'identité, 98

D

Défense, 85
Déni, 85
Depersonalization, 13
Dépression, 24
– réactionnelle, 25
Déshumanisation, 13, 49, 50, 54, 180
– de la relation, 29, 42, 97
Désinvestissement, 15
Diminution de l'accomplissement
 personnel, 14
Directions hospitalières, 105
Dotations, 147

E

Échange, 65
Émotion, 14
Épuisement
– émotionnel, 13, 42, 49–51, 53, 61
– professionnel, 52, 62, 67
Ergonomie, 147
État
– anxieux, 12
– anxio-dépressif, 12
– dépressif, 12
Éthique, 169
Évaluation, 74
– du personnel, 132
Évitement, 76
Explosions émotionnelles, 13

F

Facteurs de stress, 53, 96
Fatigue, 12, 13
– compassionnelle, 26, 106
Formation, 136, 137

G

Gestion
– de carrière, 74
– du stress, 103

Groupes de parole, 127, 147, 148
– Balint, 150

H

Hardiesse, 51, 52, 79
Hardiness, 79, 99, 132

I

Includence, 62, 78
Interruption des tâches, 55
Isolement, 76

J

John Wayne syndrome, 14

L

Labilité émotionnelle, 11
Lieux de contrôle, 80

M

Main-d'œuvre, 73
Maladie de la relation d'aide, 103
Maltraitance, 89
Manque d'égard, 56
Maslach Burnout Inventory (MBI), 49, 188
Matières premières, 70
Médecin, 56, 64, 96
– du travail, 154
Méthode
– d'analyse en cinq points, 146
– d'évaluation, 48
Milieu, 69

N

Narcissiques, 139

O

Organisation du travail, 7, 54, 55, 74,
84, 181

P

Présentéisme, 12, 15, 113, 141, 143
Professions d'aide, 29
Profil de poste, 132
Psychiatre, 154
Psychodynamique du travail, 83
Psychologue, 150
– du travail, 130, 154
Psychopathologie du travail, 18, 20, 84,
140, 180

R

Recrutement, 74, 132, 135
Réification, 14
Relation
– d'aide, 7, 28, 41, 57, 90, 169, 181,
183
– médecin-malade, 58
– soignant-soigné, 35, 58
– thérapeutique, 58
Relaxation, 108
Repli sur soi, 76
Résignation, 76
Responsabilité, 173
Retrait, 76
Risques, 106
Robustesse, 132

S

Silence, 63
Solitude, 65
Somatisations, 17, 24–26
Soutien, 61, 97, 146, 147, 181
Stratégies d'adaptation
– actives, 79
– collectives, 83–85
– individuelles, 76, 104
– passives, 76
Stress, 7, 8, 18, 20, 21, 24, 29, 40, 53, 71,
96, 180
– chronique, 22
– compassionnel, 27
– posttraumatiques, 23
Stresseurs, 51, 54, 57, 75, 97
– environnementaux, 68
Support social, 79, 147
Surinvestissement, 15
Symptômes somatiques, 11
Syndrome
– dépressif, 97
– d'épuisement professionnel, 9
– général d'adaptation, 21
Système des 5 M, 69

T

Technologie, 66
To burn out, 9
Traumatisme vicariant, 26
Troubles
– alimentaires, 11

- anxieux, 17, 24, 25
- de l'adaptation, 17, 28
- dépressifs, 17, 24
- psychosomatiques, 17

Tutorats, 54

Types de pathologie traitées, 98

U

Urgence, 62, 78, 174

Usure de compassion, 26

V

Violence, 63

474586 – (V) – (2) – OSB80

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : septembre 2015

Composition : Thomson Digital (Mauritius) LTD

Imprimé en Pologne par Dimograf